

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

***“Cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012”***

Informe final del trabajo de titulación de Psicóloga Clínica

**Autora:** Sara Patricia Martínez Chicaiza  
**Tutor:** Dr. Nelson Oswaldo Montenegro Jiménez

**Quito - 2012**

C

0462

M366 Martínez Chicaiza, Sara Patricia

La influencia de la depresión moderada  
en las relaciones familiares / Sara Patricia  
Martínez Chicaiza. -- Informe final del  
Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. -  
- Quito: Universidad Central del Ecuador,  
Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012.

148 p.: tbs., graf.

Tutor: Montenegro Jiménez, Nelson O.

## **AGRADECIMIENTO**

Primero y antes que nada, dar gracias a **Dios**, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a mi familia, quien es lo más importante de mi vida, mis padres los que me dieron la vida, y han sido partícipes en mi educación entregándome valores y enseñanzas, sobre todo han estado en los momentos más difíciles de mi vida, a mi esposo por ser una persona excepcional, quién me ha brindado su apoyo incondicional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión y finalmente pero no menos importante a mis hermanos que están siempre a mi lado y llenan mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

Con Cariño.

**SARA PATRICIA MARTÍNEZ CH.**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo con mucha reverencia a **DIOS**, quien me ha permitido vivir y alcanzar una de mis metas más anheladas,

A mis padres quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivos de mi vida para ellos mi AMOR, OBEDIENCIA Y RESPETO.

A mis hijos por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, Diego Joel y Sophie Renata que son mi fuente de inspiración y fortaleza, pero sobre todo la razón que me impulsa a salir adelante para superarme en mi formación personal y quienes al final han soportado cada situación difícil, sobre todo al no poder entregarles todo mi tiempo, debido a esos esfuerzos. Dios lo bendiga por eso siempre.

Con Cariño.

Sara P. Martínez Ch.

## DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 9 de abril del 2013

Yo **Sara Patricia Martínez Chicaiza**, autora de la investigación, con cédula de ciudadanía No. **1717548190**, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación:

*“Cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012”*

Es original y de mi autoría, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

f 

**Sara Patricia Martínez Chicaiza**  
**C.C. 1717548190**

## AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **Sara Patricia Martínez Chicaiza** en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre:

*“Cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012”,*

por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, a 9 de abril del 2012

f 

**Sara Patricia Martínez Chicaiza**  
**C.C. 1717548190**

## **RESUMEN DOCUMENTAL**

Trabajo de grado académico sobre **Psicología Clínica**, Psicofisiología, Psicología Social, específicamente emociones y Familia. El **objetivo** es conocer la influencia de la depresión en las relaciones familiares. Las relaciones deficientes y el aislamiento intrafamiliar de los pacientes depresivos de consulta psicológica; ha motivado probar que la depresión moderada, provoca inestabilidad en las relaciones intrafamiliares; que la comunicación deficiente es factor para mala relación familiar; y que la depresión moderada disminuye la autoestima. Se fundamenta teóricamente en el enfoque cognitivo conductual de Beck que se basa en la triada cognitiva, que es la perspectiva negativa hacia él, de lo que le rodea y del porvenir; tratado en dos capítulos: depresión y relaciones familiares. Investigación Correlacional, no experimental con método deductivo. A una muestra de diecinueve pacientes, hombres y mujeres entre veinte y veinticinco años, se ha evaluado niveles depresivos, autoestima, relaciones familiares y comunicación, correlacionados sus resultados se ha evidenciado que, mientras menor comunicación, mayor probabilidad de mala relación familiar, y el nivel de autoestima no es factor influyente en las relaciones familiares; por tanto completaría la investigación un plan psicoterapéutico

### **CATEGORÍAS TEMÁTICAS:**

**PRIMARIA:** PSICOLOGÍA CLÍNICA  
PSICOFISIOLOGIA  
PSICOLOGIA SOCIAL

**SECUNDARIA:** EMOCIONES  
FAMILIA

### **DESCRIPTORES:**

DEPRESION Y RELACIONES FAMILIARES  
DEPRESIÓN – TEST DE BECK  
AUTOESTIMA – TEST ROSEMBERG  
RELACIONES FAMILIARES – CUESTIONARIO ESTRUCTURADO  
COMUNICACIÓN – CUESTIONARIO ESTRUCTURADO  
FUNDACION TIERRA NUEVA

### **DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:**

SIERRA – PICHINCHA - QUITO

## **SUMMARY DOCUMENTARY**

Work academic grade on Clinical Psychology, Psychophysiology, Social Psychology, specifically emotions and Family. The objective is to determine the influence of depression in family relationships. Poor relationships and domestic isolation of depressed patients consultative psychological testing has led to moderate depression, causes instability in domestic relations, that poor communication is bad factor for family relationship and moderate depression lowers self-esteem. Theory is based on the cognitive behavioral approach based on Beck's cognitive triad, which is the negative outlook toward him, his surroundings and the future; treated in two chapters: Depression and family relationships. Correlational research, experimental no deductive method. A sample of nineteen patients, men and women between twenty and twenty-five years, has been assessed levels of depression, self-esteem, family relationships and communication, correlated their results has shown that, while less communication, higher probability of poor family relationships, and self-esteem is not an influential factor in family relationships and therefore completed psychotherapeutic research plan

### **THEMATIC CATEGORIES:**

**PRIMARY:** CLINICAL PSYCHOLOGY  
PSYCHOPHYSIOLOGY  
SOCIAL PSYCHOLOGY

**SECONDARY:** EMOTIONS  
FAMILY

### **DESCRIPTORS:**

DEPRESSION AND FAMILY RELATIONS  
DEPRESSION - TEST OF BECK  
ESTEEM - TEST ROSEMBERG  
RELATIONS - STRUCTURED QUESTIONNAIRE  
COMMUNICATION - STRUCTURED QUESTIONNAIRE  
TIERRA NUEVA FOUNDATION

### **GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:**

SIERRA - PICHINCHA - QUITO



## TABLA DE CONTENIDOS

### A. PRELIMINARES

Agradecimiento .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Declaratoria de Originalidad .....	v
Autorización de la Autoría Intelectual .....	vi
Resumen documental .....	vii
Summary documentary .....	viii
Tabla de contenidos .....	ix
Tabla de cuadros	
Tabla de graficos	

### B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
Formulación del problema .....	3
Preguntas .....	3
OBJETIVOS .....	3
General .....	3
Específico .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	3
MARCO REFERENCIAL .....	5
INSTITUTO MÉDICO TIERRA NUEVA .....	5
MARCO TEÓRICO .....	11
CAPÍTULO I .....	11
1. LA DEPRESIÓN .....	11
1.1 Introducción .....	11
1.2 Historia de la depresión .....	13
1.3 El Problema de la Depresión .....	14
1.3.1 Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión.....	15
1.4 Definición de terapia cognitiva. ....	16
1.4.1 Modelo cognitivo de la depresión.....	19
1.4.2 Concepto de Tríada Cognitiva .....	19
1.4.3 Un Modelo de Interacción Recíproca .....	22
1.5 Distimia o Depresión Moderada.....	23
1.6. Causas de la Depresión .....	27
1.6.1. Orígenes de la depresión .....	27
1.6.2. Factores Predisponentes .....	28
1.7. ¿A quién suele afectar? .....	34
1.7.1. La depresión en el hombre .....	35
1.7.2 La depresión en la mujer .....	35
1.7.3 Las diferencias entre la depresión masculina y la femenina .....	39
1.8 Consecuencias de la Depresión .....	40

1.8.1	Compromiso del sistema inmunológico.....	40
1.8.2	Enfermedades Orgánicas.....	40
1.8.3	Suicidio .....	41
1.8.4	Factor Destructivo de la Mente y de la Personalidad.....	41
1.9	Autoayuda para el presunto paciente .....	41
<b>CAPITULO II.....</b>		<b>47</b>
2.	RELACIONES FAMILIARES .....	47
2.1	Introducción .....	47
2.2	Definición .....	47
2.3	Definición de familia .....	50
2.4	Modelo Familiar .....	52
2.4.1	Interrogantes de la familia de hoy.....	53
2.4.2	Tipologías de familias .....	54
2.4.3	Diversidad de formas familiares .....	54
2.5	La familia en el contexto actual.....	56
2.5.1	Funciones de la familia .....	57
2.6	Desarrollo de la identidad .....	59
2.7	Socialización familiar .....	59
2.7.1	Familias con Problemas .....	60
2.8	Familias multiproblemáticas o familias con problemas.....	62
2.8.1	La vulnerabilidad y el riesgo social .....	62
2.9	El depresivo y su familia.....	65
2.9.1	Estructura familiar .....	66
2.9.2	Adaptación de la familia .....	73
2.10	La reestructuración de la familia .....	76
2.10.1	Captar las pautas transaccionales de la familia.....	78
2.10.2	Señalamiento de los límites .....	81
2.11	Intensificación del estrés .....	84
2.11.1	Asignación de tareas .....	86
2.11.2	Utilización de los síntomas.....	88
2.11.3	Desacentuación del síntoma .....	90
2.12	Apoyo, educación y guía.....	92
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>		<b>93</b>
	Hipótesis.....	93
	Tipo de Investigación. ....	98
	Diseño de la Investigación.....	98
	Población y muestra .....	98
	Técnicas e instrumentos .....	98
	Análisis de validez y confiabilidad. ....	99
<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>		<b>100</b>
	Análisis de la población. ....	100
	Discusión de los resultados.....	107
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>		<b>111</b>
	Conclusiones.....	111
	Recomendaciones .....	112

## **C. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

Tangibles .....	113
-----------------	-----

## **ANEXOS .....114**

ANEXO A. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	114
ANEXO B. GLOSARIO TÉCNICO.....	127
ANEXO C. INSTRUMENTOS .....	128
ANEXO D. TEST ROSEMBERG.....	131

## **B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION**

### **INTRODUCCIÓN**

En el presente Proyecto de Investigación se elaboró un estudio de “Cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012”, tomando en cuenta que la depresión es una enfermedad grave. Si una persona tiene depresión, puede tener sentimientos de gran tristeza que duran mucho tiempo. Con frecuencia, estos sentimientos son lo suficientemente graves como para afectar a su vida cotidiana y pueden durar semanas o meses, en vez de unos días.

La depresión afecta a las personas de modos muy distintos y puede causar una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos (mentales) y sociales. Es poco frecuente que la depresión se deba a una causa solamente. Generalmente, varias causas se combinan para desencadenar la enfermedad.

El objetivo de este estudio fue ver cómo influye la depresión en las relaciones familiares, considerando que esta puede afectar el estado de ánimo de éstos pacientes, que de la noche a la mañana se enfrentan a una realidad adversa, ocasionando cambios en su relación con el entorno familiar y laboral, pasando en muchos casos a ser personas dependientes.

Se hizo un análisis para determinar cómo afecta la depresión en las relaciones sociales, ocasionando, entre otras consecuencias, graves problemas de familiares, amigos, pareja y matrimonio. La depresión provoca, entre otras consecuencias, problemas de comunicación, lo que dificulta la dinámica familiar y la resolución de problemas. Esta situación genera conflictos de comprensión puesto que los familiares no entienden lo que está sucediendo en la mente del que está afectado por la enfermedad tomando decisiones equivocadas que ayudan a aumentar el problema.

En el capítulo uno se desarrolla un análisis sobre la depresión, partiendo desde su definición, clasificación, causas y consecuencias, así como el desarrollo evolutivo de la depresión que pueden surgir en las personas tomando en cuenta su vida social, familiar y donde ellos se desenvuelven y su conducta frente a los demás.

En el capítulo dos se toma en cuenta a las relaciones familiares, al ser este uno de los primeros factores para que una persona vaya contrayendo los síntomas de la depresión. Se hace un estudio a profundidad de la definición, los factores causales, los síntomas, así como las consecuencias que puede desarrollar si no existe la ayuda adecuada y oportuna de un especialista en el momento y lugar adecuado.

En el capítulo tres se aborda a la Institución Médico Tierra Nueva, sus datos generales, antecedentes, compromiso que tiene frente a la comunidad, los servicios que presenta la institución a la población, sus sistema de salud integral y los beneficios que representa. Además un análisis de su sistema de salud comunitario y las brigadas que posee para brindar un servicio eficiente y efectivo.

Luego se presentan los resultados donde se hace un análisis de los datos obtenidos en la investigación de campo, tomando en cuenta la población y la muestra al ser estudiada. La presentación de resultados fue desarrollada mediante gráficos y tablas, así como la interpretación del estudio efectuado, para posteriormente presentar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La familia constituye el contexto social más importante donde un proceso de enfermedad se genera y se resuelve. En el área de la salud-enfermedad mental, hay evidencias empíricas de que las actitudes y las acciones de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad, facilitando o interfiriendo el proceso con relación a la etiología, la duración del tratamiento y en el proceso de recuperación. Con relación a la enfermedad depresiva un número importante de estudios, en los últimos años, han prestado una atención sistemática y fundamentada en aspectos como el papel que tiene la familia con relación a la evolución de la depresión o en la génesis de la enfermedad, así como con relación al impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y cómo influye en el proceso de cuidado.

La familia constituye la red de soporte social de mayor importancia con relación a los cuidados de las personas enfermas y la modificación de sus hábitos y estilos de vida. Aunque sea un hecho paradójico, los cambios en la dinámica social afectan a las relaciones familiares facilitando e impulsando estas relaciones entre grupos de parientes o bien debilitándolas y convirtiéndolas en una fuente de tensión, creándose una contradicción entre el sentimiento y la obligación de ayudar al familiar enfermo y el interés personal o la urgencia en satisfacer las demandas individuales y el propio bienestar.

Aunque es evidente la importancia de la familia como el factor más importante de soporte social en los procesos de salud-enfermedad y se hace referencia al concepto de familia como una unidad de descripción y análisis del proceso de salud-enfermedad-atención, identificando las diferentes dimensiones físicas y emocionales que conlleva el paciente depresivo y su familia.

Por eso se creyó oportuno aplicar el Test de Beck, que mide el grado depresivo, y el Cuestionario de las Relaciones Familiares para saber si existe o no, una buena relación familiar.

## **Formulación del problema**

“Cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012”.

## **Preguntas**

- ¿Cómo afecta las relaciones familiares en la depresión?
- ¿Cómo influye en la relación familiar la falta de habilidad para comunicarse?
- ¿De qué manera generamos una buena autoestima que mejore la relación familiar?

## **OBJETIVOS**

### **General**

Conocer cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012.

### **Específico**

- Determinar cómo afecta las relaciones familiares en la depresión.
- Investigar cómo influye en la relación familiar la falta de habilidad para comunicarse.
- Generar una buena autoestima en el paciente para mejorar la relación familiar.

## **JUSTIFICACIÓN**

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia de la humanidad. El patriarca bíblico Job padeció una importante depresión en el siglo I y las antiguas civilizaciones Egipcias hicieron mención del problema. En la actualidad se calcula que un 12% de la población adulta sufrirá un episodio depresivo, Soto (1992) y la enfermedad se ha extendido tanto que se la ha llamado "el resfriado de la enfermedad mental".

Los datos estadísticos acerca de las depresiones son importantes para ver el grado en que se presentan los diferentes tipos de depresiones en el mundo y las personas incluyendo a los niños, adolescentes y adultos, las cuales van a pensar que son las mujeres las más propensas a sufrir enfermedades depresivas que los hombres, ya que Breton (1998) encontró que en cada 3 pacientes hospitalizados a causa de algunos de estos trastornos, 2 son mujeres, la mayoría de ellas están casadas; esto induce a suponer que por el ritmo de vida que llevan estas son más susceptibles a las enfermedades depresivas; la forma en que la sociedad las trata así como lo que espera de ellas, desde luego que depende de las costumbres sociales de determinada época en que le toque vivir.

Los cambios del papel que desempeña la mujer en la sociedad y la tendencia general a participar más que antes en actividades ajenas al hogar, por ejemplo el trabajo, lo cual significa que entonces dispone de poco tiempo para ellas mismas debido a que deben cuidar a los niños pequeños, al trabajo, es por eso que en ocasiones tienden a perder su sentido de identidad, que solo están para atender a los demás y esto hace que pierdan su autoestima y confianza en sí mismas lo cual es un rasgo común en las depresiones, es por tal que las estadísticas en relación al sexo están encaminadas hacia ese sentido como lo comprueba Polaino (1980) afirmando que la especial incidencia en la mujer es del 10.7 por ciento frente a la existente en el hombre que es del 3.1 por ciento, mucho menos de la mitad y que por lo menos el 6 por ciento de las mujeres y el 3 por ciento de los hombres han experimentado un episodio de depresión grave suficiente como para requerir hospitalización. A pesar de lo mencionado de que las mujeres sufren más, en porcentaje, un tipo de depresión que el hombre no hay que olvidar que este también presenta episodios depresivos en su vida no por problemas como los que se le presentan a la mujer pero si y también en algunas ocasiones debido a los factores sociales.

Las investigaciones de Breton (1998) que una posible razón de las presentaciones depresivas en el hombre podría ser que el cambiar los papeles que interpretan las mujeres, los hombres se sienten menos seguros de los suyos porque antes él podía considerarse como la cabeza de la familia y principal proveedor de la misma, la reciente resistencia de las mujeres de quedarse en casa en calidad de subordinadas a puesto el papel del hombre entredicho. Los hombres entonces sienten que no pueden asumir la posición dominante sencillamente por haber nacido hombres. A lo largo de la historia se han desarrollado múltiples clasificaciones diagnósticas y han surgido diversidad de presuntas etiologías y multitud de terapias. La intervención sobre la depresión comienza a ser psicoterapéuticamente más eficaz a raíz del desarrollo de los modelos cognitivo conductuales, cuyo ámbito de aplicación amplio y flexible, abarca al individuo, la familia y el grupo; extendiéndose a la sociedad, en su unión con el modelo de competencia. La utilidad de estos estudios realizados es de vital importancia tanto para el depresivo y su familia como para la sociedad en la que se relaciona. Así entonces un buen diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado puede ayudar a disminuir estas estadísticas que podrían ser alarmantes en el futuro.

El interés de este tema surgió porque al hacer las prácticas en la Fundación de Tierra Nueva se evidenció la gran cantidad de personas con este problema, es por esta razón fue factible realizar esta investigación, ya que a su vez hubo acceso a este tipo de pacientes.

## MARCO REFERENCIAL

### INSTITUTO MÉDICO TIERRA NUEVA

#### Datos Generales

<b>Nombre de la Institución:</b>	Fundación “Tierra Nueva”
<b>Tipo de Institución:</b>	Privada, no Gubernamental
<b>Servicios que presta:</b>	Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Salud Comunitaria
<b>Beneficiarios:</b>	Personas de escasos recursos económicos de los barrios del sur de Quito
<b>Dirección:</b>	Av. Cardenal de la Torre S15 -171 y Ajaví. Cdla. , Quito Sur
<b>Teléf.</b>	593-02-2629-241      593-02-2638-242
<b>Fax:</b>	593-02-2638-243

**Email:** imtn@fundaciontierranueva.org.ec

#### Antecedentes

La Fundación “Tierra Nueva”, es una organización no gubernamental sin fines de lucro al servicio de personas de escasos recursos económicos del Sur de Quito, con domicilio en Quito, Distrito Metropolitano, Provincia de Pichincha. Tiene un fuerte anclaje en las organizaciones barriales y en las parroquias eclesiales del sur de Quito, ya que su fundador el padre José Carollo, cuando fue Vicario del sur de Quito desarrollo una gran diversidad de obras sociales orientadas a garantizar a las familias más pobres condiciones de vida digna y contribuir para su bienestar físico, económico, emocional y espiritual.

Comenzó con el nombre de ASOCIACIÓN BANCO DE LA PROVIDENCIA, bajo registro de la dirección del trabajo, Oficina General de Estadísticas, el 22 de Diciembre de 1961, mediante el acuerdo ministerial N° 92 del martes 22 de Diciembre de 1992, bajo el ministerio de Bienestar Social.

En el año 1985 se crea el centro de Rehabilitación dada la necesidad que tienen las personas con discapacidad, adultos y jóvenes, se desarrolla esta obra en la guardería de la Quito Sur, junto a un consultorio de pediatría.



En 1989, con apoyo de voluntarios de Bélgica, se construye un nuevo local ubicado en la av. Cardenal de la Torre su nombre fue “Centro Medico Tierra Nueva” donde se atendía consulta externa de 15 especialidades.

El área de PSICOLOGÍA CLÍNICA funciona desde hace 15 años aproximadamente, a cargo de la Dra. Patricia Campos. Desde hace 8 años el Dr. Pedro Loza continúa con el trabajo hasta la actualidad, compartiendo funciones con el Dr. Edison Burbano hace 2 años, en distintos horarios.

### **Compromisos.**

Han transcurrido algo más de 25 años que la obra en salud del Padre José Carollo, dio inicio en los barrios del sur de Quito, este pequeño ilusión apoyado con grandes soñadoras/es que pusieron su hombro para demostrar que un granito de arena construye edificios; es así que de un cálido consultorio, la obra se transformó en un hospital de una magnitud quizá solo pensada en la mente de su creador, pues al igual que sucede con las familias, que al inicio son solo esposos, luego llegan los hijos, nietos, bisnietos y todos los consanguíneos y afines, y cada vez es más difícil mantener el núcleo, familiar y un mismo camino, igual ha sucedido con esta familia de Tierra Nueva, ha crecido tanto que al momento lo único que nos une es el deseo del servicio, de aliviar el sufrimiento de nuestra población que acude en busca de apoyo para sus problemas de salud.

En este camino corto se ha hecho necesario repensar en nuestras raíces, fortalecernos en lo que Padre Carollo, predicaba a diario "Nuestra vida es un don la vivimos para volverla un servicio a los más necesitados", y en ese camino nos encontramos en recobrar nuestro espíritu cristiano y sobretodo brindar una atención humanizada, cálida con amor y alegría, y no solo con excelente tecnología y calidad profesional.

De esta forma el Instituto Médico manifiesta su compromiso de fortalecer la familia de la Fundación Tierra Nueva y junto con nuestros pacientes buscar alivio para el sufrimiento de nuestra gente. Es por eso que en el año 2008 se realizó 107.732 consultas externas, 4.499 hospitalizaciones, a 16.361 atenciones de emergencia, 282.009 exámenes de laboratorio, 35.561 exámenes de imaginología, 516 cirugías de brigada.

**Servicios del instituto médico tierra nueva**

<b>Emergencia</b> de lunes a domingo, las 24 horas	
Triage resolutorio	Urgencias
Observación	

<b>Área Materno infantil y medicina familiar</b> de lunes a sábado	
Prevención y promoción	Ginecología – Obstetricia
Pediatría (Neonatología)	Medicina General
<b>Nutrición</b>	Odontología
Medicina Familiar	Psicología
Cirugía Pediátrica	

<b>Internación</b>	
Centro quirúrgico y Centro Obstétrico	Neonatología
Hospitalización	Cuidados intermedios
Hospital de estancia corta, Clínico y quirúrgico	

<b>Medicina instrumental</b> de lunes a viernes	
Centro de gastroenterología	Centro de cardiología
Centro de otorrinolaringología	Centro de patología cervical
Centro de oftalmología	
<b>Medicina física y rehabilitación</b>	

Traumatología	Rehabilitación
Fisiatría	

<b>Atención de referencia</b> de lunes a viernes	
Cirugía general	Alergología
Cirugía plástica	Neurología
Cirugía vascular	Urología
Mastología	Medicina interna
Coloproctología	Psiquiatría
Homeopatía	Dermatología
Reumatología	

<b>Imagentología</b>	
Rayos X	Ecografía
Tomografía	

<b>Medicina de laboratorio</b>
Laboratorio clínico

### **Sistema de salud integral.**

El Programa de Salud de la Fundación Tierra Nueva desarrolla un importante servicio para las personas que requieren de ésta atención, la cobertura en el sur de Quito se incrementa cada vez, se trabaja en varios frentes con unidades de salud que brindan atención sanitaria, este conjunto de

unidades se encuentran integrados en un solo modelo de gestión y atención; actualmente cada subprograma se integra y complementa el trabajo del otro subprograma, fortaleciéndose para cubrir las necesidades planteadas por la demanda, requiere de una búsqueda de recursos para ponerlos al servicio de los usuarios más necesitados.

Para mejorar los resultados de atención en salud el centro planteó construir el **Sistema de Salud Integrado** de la Fundación Tierra Nueva, lo que ha significado desarrollar un proceso de trabajo en equipo del Comité de Salud integrado por los gerentes, administradores y coordinadores de los subprogramas: Instituto Médico Tierra Nueva, Hospital Un Canto a la Vida-Padre José Carollo, Salud Comunitaria y Sistema de Medicina Pre pagada.

En este contexto el Programa de Salud desarrolló en el Plan Estratégico 2006-2010, que se orientó todos los proyectos y acciones encaminadas a su mejor ejecución.

## **Salud Comunitaria**

### **Misión**

Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida en la población de 8 barrios del Sur de Quito, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, ejecutados por el programa de atención primaria de salud de la Fundación Tierra Nueva en coordinación con organismos del estado involucrados en la atención, teniendo como protagonistas al individuo, la familia y la comunidad en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Su cobertura en el 2006 alcanzó 11.162 personas.

En el 2008 se realizó 48.004 atenciones de la unidad móvil, 28.714 brigadas comunitarias, 818 visitas domiciliarias.

### **Objetivos**

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
2. Prevenir o retardar la aparición de enfermedades prevalentes en los barrios urbano marginales del Sur de Quito
3. Ofrecer servicios de salud integrales a la población del sur de Quito, facilitando la accesibilidad a las personas vulnerables. Brindando atención de calidad técnica y humana con personal capacitado, comprometido y equipado adecuadamente.
4. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas de salud mas frecuentes de su barrio
5. Promover y desarrollar sistema de auto sostenibilidad de los servicios de salud a través de la

generación de ingresos

### **¿Qué ofrecemos?**

- a. Cursos, talleres y capacitaciones a promotoras, profesores y comunidades.
- b. Prestación de servicios médicos: Unidad Móvil de Salud, brigadas y/o campañas médicas.
- c. Servicio integral en tres Unidades de Participación Comunitaria.
- d. Capacitaciones en generación de ingresos (bancos comunitarios, microempresas).
- e. Implementación de escuelas saludables, (prevención de riesgos cardiovasculares, huertos escolares y familiares) .

### **Brigadas.**

Organizamos las brigadas médicas con profesionales nacionales e internacionales, convirtiéndose en una oportunidad para las personas que requieren tratamientos quirúrgicos importantes.

Además se realizan brigadas comunitarias en barrios periféricos de Quito.

Durante el año 2008 se realizaron 16 brigadas médicas tanto quirúrgicas como de salud comunitaria. Se realizó 10 brigadas quirúrgicas en las especialidades de cirugía plástica (labio leporino, paladar hendido, quemaduras, cicatrices, reconstrucción de pabellón auricular por microtía), otorrino (cirugías de oído), traumatología, (prótesis de cadera, luxación de cadera, pie equinovaro), cirugía pediátrica (hernias, circuncisiones, hipospadias), oftalmología (cataratas), odontología, ginecología y cirugía general. Se han operado 526 pacientes y 61 pacientes se realizaron tratamientos odontológicos bajo anestesia general.

En Salud Comunitaria se realizaron 5 brigadas de medicina general y una de odontología, atendándose 3423 pacientes. Para el próximo año se encuentran ya confirmadas 6 brigadas quirúrgicas y una de odontología para el instituto médico y de salud comunitaria 4 de medicina general y dos de odontología.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I**

#### **1. LA DEPRESIÓN**

##### **1.1 Introducción**

La palabra depresión posee varios significados. El sentimiento de tristeza que todos han experimentado ocasionalmente es lo que la mayoría de las personas piensa cuando utiliza la palabra depresión. Sin embargo, para los profesionales de la salud la depresión o enfermedad depresiva tiene un significado más amplio que el mero sentimiento de tristeza. Es una categoría que describe un conjunto de síntomas como la irritabilidad persistente, el excesivo sentimiento de la baja autoestima, la dificultad para experimentar placer, los trastornos del sueño y del apetito y las alteraciones en el peso. La depresión es una condición médica grave que afecta no sólo los sentimientos las emociones del paciente sino también su salud, sus relaciones interpersonales, su habilidad para trabajar de manera eficiente capacidad para concentrarse y pensar con claridad. El estado depresivo incluso puede conllevar a la muerte, a tal grado que 15 por ciento de las personas con depresión terminan suicidándose.

Es importante destacar desde una percepción personal la depresión no es una enfermedad mental, es decir, no es en primera instancia una afección de origen mental o psicológico. Por el contrario, es una enfermedad biológica que se manifiesta parcial o gradualmente a través de síntomas psicológicos. Aunque no se ha comprendido del todo su origen, se sabe que los factores genéticos tienen una función importante en el desarrollo de la enfermedad depresiva, la cual está relacionada con cambios en la estructura cerebral y química, así como con alteraciones en el funcionamiento glandular.

La enfermedad depresiva es tan común que 18 millones estadounidenses la padecen. Durante su vida, más de 12 por ciento de los hombres y entre 20 y 25 por ciento de las mujeres habrán de sufrir algún tipo de afección depresiva. Los episodios depresivos suelen durar desde algunos meses hasta varios años y, aunque las personas afectadas podrían mejorar paulatinamente, al menos 35 por ciento de quienes se recuperan de los peores síntomas de la enfermedad presentan secuelas permanentes. Estos síntomas residuales provocan una disminución en la calidad de vida y hacen más probable que ocurra otro episodio depresivo.

Dado que la enfermedad es demasiado recurrente, es casi seguro que la mayoría de quienes han tenido un episodio depresivo experimente otro en algún momento de su vida. Conforme transcurre el tiempo y la existencia se vuelve más compleja, la enfermedad depresiva se multiplica La gente nacida en las décadas subsiguientes a 1940 tiene una incidencia mayor tanto de padecer depresión

como de sufrir otros trastornos anímicos, que quienes nacieron antes de ese año. La razón principal consiste en las tensiones sociales y económicas exclusivas de la sociedad moderna, sea por el incremento en el índice de divorcios, el mayor número de niños nacidos fuera del matrimonio o por la ruptura de las estructuras sociales de nuestro muy cambiante mundo moderno. Ni qué decir del estrés biológico causado por el abuso de drogas, la contaminación industrial, los desequilibrios en la dieta alimenticia, las alteraciones del reloj biológico o por una menor exposición a la luz solar y al aire libre.

La depresión provoca, al menos en Estados Unidos, una enorme merma en la productividad y salud de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ubica como la principal causa de inactividad de las mujeres; además, a ella se le atribuye en gran medida el ausentismo laboral tanto de hombres como mujeres. Para el año 2020 se calcula que será el principal motivo de improductividad a nivel mundial un estudio señala que los empresarios sufren pérdidas de alrededor de 33 mil millones de dólares por ausentismo y baja productividad por esa causa.

Quienes padecen la enfermedad sufren más incluso que los enfermos avanzados de las arterias coronarias. Con frecuencia, ésta impide que cumplan con sus responsabilidades laborales y familiares que quienes padecen diabetes, artritis o dolores de espalda. Las personas deprimidas o que padecen de otros trastornos anímicos que no reciben tratamiento son más susceptibles a padecer infecciones de las vías respiratorias altas que las personas no afectadas por trastornos anímicos.

Las mujeres, por ejemplo, que sufren de una enfermedad depresiva tienen significativamente mucho menos densidad en los huesos de la cadera y espina dorsal que las mujeres no deprimidas. Como resultado, corren un mayor riesgo de sufrir osteoporosis o fracturas de cadera.

Los individuos con trastornos anímicos mueren de enfermedades cardiovasculares con mayor frecuencia que la población en general. Un estudio realizado en Dinamarca reveló que las personas con síntomas depresivos eran 70 por ciento más proclives a tener un ataque cardíaco que quienes no son afectadas por la depresión. Investigaciones adicionales señalaron que los pacientes deprimidos que sufren de ataques cardíacos poseen mayor probabilidad de morir en un segundo ataque que los pacientes no depresivos.

(Por otra parte, la gran mayoría de adolescentes que se suicidan padece algún trastorno anímico. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes; cerca de una cuarta parte de los decesos sucedidos en esa etapa de la vida son resultado del suicidio.) A pesar de su frecuencia, del sufrimiento que produce, de los costos económicos que representa y del aumento en el número de campañas informativas, la depresión continúa siendo una de las enfermedades más incomprendidas en el mundo.

A continuación se presentan algunas de las ideas equivocadas que hacen que la gente no identifique la enfermedad depresiva y busque ayuda para enfrentarla:

1. Alguien que padece depresión es incapaz de actuar libremente., de hecho, en casos leves a moderados de la enfermedad, las personas pueden realizar una actividad normal, aunque no con todo su potencial.
2. La gente deprimida es débil y carece de fuerza de voluntad. No son felices si no se quejan constantemente. La idea implícita aquí es que la persona deprimida elige serlo, o bien que sus problemas son reflejo de alguna debilidad en su personalidad o algún defecto en su carácter. De hecho, la tristeza y los aparentes defectos de carácter son síntomas de la enfermedad y no dependen de la voluntad. La tendencia a quejarse no es una decisión más consciente que la fiebre en una persona con gripe.
3. Una persona deprimida podría ayudarse a sí misma, si realmente lo quisiera, si sólo "olvidara sus problemas", "no hablara de modo negativo" o "abandonara el pasado y continuara normalmente con su vida". Una vez más, se cree que la persona deprimida elige sus problemas.

La capacidad para bloquear la mente temporalmente y olvidar los recuerdos dolorosos es una defensa inconsciente muy útil que todos los seres humanos utilizamos, pero por desgracia no se encuentra disponible para quien padece una enfermedad depresiva. De hecho, una persona deprimida mientras más se esfuerce en olvidar algo doloroso, es menos probable que lo consiga; en cambio, se sentirá culpable y avergonzada por lo que es considerado falsamente como una debilidad.

(Quinn, Brian P, 2007) considera que debido a las ideas y creencias erróneas que hay respecto a la enfermedad depresiva, entre la mitad y dos tercios de los pacientes no buscan tratamiento.

## **1.2 Historia de la depresión**

Desde hace muchos años y en diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo. Son parecidas a las de hoy pero expresadas con interpretaciones religiosas o mágicas donde la víctima y los espectadores no lo valoran como una enfermedad. Los griegos descubrieron esta enfermedad, ya que se decía que Demócrito se había vuelto loco y para ello mandarlo llamar a Hipócrates quien le detecto haber pasado por una fase depresiva y más tarde por una fase de hipertimia. Demócrito vivía rodeado de esqueletos y este le contó a Hipócrates que deseaba encontrar una cura para su enfermedad para así poder curar a otros que la padecieran.

En otras culturas también aparecen descripciones de la depresión como por ejemplo en las Sagradas Escrituras donde un rey enemigo de Isabel dijo: lleno de turbación pasa en cama y enfermó de tan intensa pena que... permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza,



de forma que pensó que moría de tan abatido y oprimido de pesares como se encontraba...-¡En qué abismo de tristeza me hallo!... se me presentan a la memoria los males que causé... ¡ME MUERO DE MELANCOLÍA...! , estas líneas podrían ser un resumen de muchas historias clínicas de deprimidos actuales.

(Vallejo 2007, p 29) afirma que el síntoma dominante de la depresión es la tristeza.

Los pensadores cristianos hablaban de las ideas de San Pablo quien decía que había dos tipos de tristeza, la “Tristeza según Dios” y la “tristeza según el mundo” que produce la muerte. De un principio se decía que la depresión era un pecado, con el paso de los años fue considerándose una depresión.

### **1.3 El Problema de la Depresión**

Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento. Durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la depresión. Varias publicaciones de la Administración, así como del sector privado, sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta alteración mediante quimioterapia.

A pesar de este halagüeño panorama, el clínico se enfrenta a una situación que le deja un poco perplejo. Si bien es cierto que se han dado algunos avances en el tratamiento de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice "de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años. Y más aún, la ausencia de respuesta en la tasa de suicidios se hace significativa al máximo si se toma en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención de suicidio en todo el país.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre The Depressive Disorders (Los Trastornos Depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares. Asimismo, los autores como (Schuyler y Katz, 1973,) subrayan que *"de cara de a la terapia, el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas) incide de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales"*.(p11).

La depresión es un factor que cualquier persona puede sufrir aunque en su familia no la noten, una persona puede encerrarse solo en sus problemas, su primer reflejo es que comienza su cambio de actitud frente a las actividades que desarrollaba antes sin complicaciones, en otros caos prefieren resolver sus dificultades sólo que a largo plazo sólo les afecta a su vida personal.

### **1.3.1 Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión**

Parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Parece que la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diferentes maneras en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos, por lo tanto, es de crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad de modo que el consumidor pueda saber si este servicio tan costoso está logrando algún resultado satisfactorio. Además, existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas.

1. Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que solamente el 60-65% de los pacientes muestra una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos. Partiendo de este dato Beck, (1973) manifiesta que se deben desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes que no respondan a los antidepresivos.

2. Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que obligan a abandonarla.

3. Es posible que a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión.

Consecuentemente, como indican las investigaciones psicosociológicas de Shapiro y Morris, (1978) los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse de o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La relativamente alta tasa de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente a la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender algo de su propia experiencia

psicoterapéutica. Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejasen muchas mejor posibles depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fuesen capaces de prevenir posibles depresiones.

El hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la quimioterapia puede resolver temporalmente crisis de suicidio, no tiene efectos mantenedores que inoculen al paciente contra un nuevo intento de suicidio en el futuro. La investigación indica que, en el paciente suicida, existe un punto psicológico central la desesperanza (o "expectativas negativas generalizadas"). Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido directamente a esta desesperanza de los pacientes depresivos indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de "efectos antisuicidas" mayor que el producido por la quimioterapia.

#### **1.4 Definición de terapia cognitiva.**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). *Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo* (Beck, 1967-1976). Sus cogniciones ("eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema.

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos el paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición,

afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados ; (4) sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en síntomas objetivo específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, "Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla.") y se someten a una investigación lógica y empírica.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones. Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que se han observado son los siguientes: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones? Realmente, ¿es tan grave la pérdida? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?

Éstas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel capital en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que podríamos denominar "pensamiento irreflexivo".

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitación cogniciones asociadas a conductas específicas, ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un Cuestionario de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora: un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible.

Un problema importante con el que se enfrenta el terapeuta es el de la toma de decisiones referentes a la elección del tipo concreto de intervención, así como a la duración de ésta, tanto las técnicas conductuales como las cognitivas tienen sus propias ventajas y aplicaciones dentro de la terapia cognitiva. Al paciente preocupado, inestable, le resultará difícil hacer introspección. De hecho, sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio, los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más, probablemente una experiencia satisfactoria al lograr un objetivo conductual sea más efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos, tales como "Soy incapaz de hacer nada a derechas."

Ahora bien, aunque las técnicas sean más eficaces para modificar las falsas creencias, las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos. Imaginemos a una paciente que infiere que a sus amigos no les es simpática porque no le han telefoneado en los últimos días. Esta paciente debería practicar habilidades cognitivas tales como identificar los procesos lógicos que llevan a esta conclusión examinar la evidencia, y considerar explicaciones alternativas. Una tarea conductual sería irrelevante para esta clase de problemas cognitivos.

Estos principios serán de primerísima importancia en la implementación de una terapia coherente. A medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia, podrá emplear un árbol de decisión en el curso de las sesiones. En lugar de seleccionar estrategias sobre la marcha, elegirá la técnica más adecuada para el síntoma o problema concreto que se le presente.

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas.

(Barroso, A, 2007, pág. 14, 15) sobre la terapia acota lo siguiente:

*Normalmente, se disminuye la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la "terapia de apoyo" una vez que ha finalizado el tratamiento. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente. Hemos observado que el paciente suele acudir en busca de sesiones "de apoyo" unas tres o cuatro veces a lo largo del año siguiente a la terminación de la terapia.*

Resumen del texto

#### **1.4.1 Modelo cognitivo de la depresión.**

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales de (Beck, 1963, 1964, 1967), esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

(Barroso, A, pág.19), *“el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información), según los datos de Beck, (1967).*

#### **1.4.2 Concepto de Tríada Cognitiva**

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. *“Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una tarea en un futuro inmediato inevitablemente sus expectativas son de fracaso”.* (Beck, 1967).

El modelo cognitivo considera el resto de signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo: Si el paciente piensa que va a ser rechazado reaccionará con el mismo efecto negativo: tristeza, enfado, etc. cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad se sentirá solo.

(Barroso, A, 2007, pág.19, 20), afirma que:

Un componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene al paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir incluso en contra de la evidencia de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un conjunto de estímulos. El individuo atiende a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la misma situación. Aunque otras personas conceptualicen de manera diferente.

### **Errores en el Procesamiento de la Información:**

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso en la existencia de evidencia contraria:

- 1.- Inferencia Arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos "primitivos" de organizar la realidad vs. Modos "maduros". Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a unas pocas categorías.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget en sus descripciones del pensamiento infantil. *“Hemos aplicado la etiqueta "primitivo" a este tipo de pensamiento para distinguirlo del pensamiento más adaptativo observado en estadios posteriores del desarrollo. A continuación, se esquematizan las características que diferencian ambas formas de pensamiento”.* (Piaget 1932/1960)

<b>PENSAMIENTO PRIMITIVO</b>	<b>PENSAMIENTO MADURO</b>
<b>1.</b> No dimensional y global: soy un miedoso.	Multidimensional: soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
<b>2.-</b> Absolutista y moralista: soy un despreciable cobarde.	Relativo: No emite juicios de valor: soy más cobarde que la mayoría de personas que conozco.
<b>3.-</b> Invariable: Siempre fui y siempre seré un cobarde.	Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
<b>4.-</b> Diagnostico basado en el carácter: Hay algo extraño en mi carácter.	Diagnostico Conductual: evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
<b>5.-</b> Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil no hay nada que se pueda hacer con mi problema.	Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

**Esquema de las características que diferencian ambas formas de pensamiento**



Según esta representación esquemática, se observa que el paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera a sí mismo como un "perdedor" (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficits de carácter irreversibles), como la detalla, (Barroso, A, 2007, pág. 21,23).

#### **1.4.2. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión.**

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogos a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anomalía o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida incluso las extremadamente adversas no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Existe una considerable evidencia empírica a favor, del modelo cognitivo de la depresión. Recientemente han sido revisados los datos obtenidos en observaciones clínicas y estudios experimentales.

Estos trabajos apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la "tríada cognitiva" en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas. (Beck y Rush, 1978, pág. 23).

#### **1.4.3 Un Modelo de Interacción Recíproca**

Hasta el momento, la discusión sobre la teoría cognitiva de la depresión podría parecer desequilibrada o sesgada; puede dar la impresión de que el paciente desarrolla la depresión

independiente de sus experiencias interpersonales. Parte de este énfasis, aparentemente excesivo, en los aspectos "intrapsíquicos" de la depresión es el resultado del hecho de que se pueden centrarse deliberadamente en el individuo y en cómo construye su realidad. Ahora bien, se puede ampliar la unidad de observación a los aspectos relevantes del ambiente del individuo (por ejemplo, la familia, los amigos, los compañeros, el jefe, etc.).

La conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una relación interpersonal armoniosa, por el contrario, puede actuar como amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de una depresión incipiente. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que sirva como representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Cuando existen interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión, puede ser adecuada alguna forma de "terapia de pareja", asesoramiento matrimonial o terapia familiar.

*“Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias ambientales favorables”,(Barroso, A, 2007, pág. 24,25).*

### **1.5 Distimia o Depresión Moderada**

La distimia es una depresión de intensidad moderada que se vuelve crónica, y aunque la persona que la sufre se desempeña normalmente, no lo hace a toda su capacidad. La distimia por lo general se asocia con una larga tendencia a estar melancólico, sensible, ansioso, preocupado e irritable.

Si una persona es distímico, quizás tenga periodos breves de felicidad, pues para serlo no tiene que estar con el ánimo por los suelos todo el tiempo. Tal vez se sienta bien por momentos, pero la presión y el desencanto cotidianos pueden fácilmente conducirlo a un estado de ánimo melancólico

o irritable. Probablemente los problemas de la vida lo abruman, presionan o consumen con facilidad. A sus amigos y familiares quizá les resulte difícil comprenderlo dado que, desde su óptica reaccionada exageradamente a presiones que ellos tomarían con calma. Esto quizá puede que lo haga sentirse molesto, y hasta lo avergüence el hecho de ser tan "débil".

La distimia es una enfermedad de consideración. Hasta 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) incluso sostenía la postura de que la distimia era un problema de personalidad. (La APA es la organización nacional estadounidense que agrupa a los médicos que se especializan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tales como la depresión). Como resultado de esta confusión, la distimia con frecuencia no se trata o el tratamiento es inadecuado, a menudo mediante tranquilizantes menores o psicoterapia.

Las manifestaciones suelen ser tan sutiles y formar parte de la personalidad, que ésta da la impresión de "ser así". Parte del problema para reconocer la distimia radica en que la lista de síntomas normales de la depresión mayor no capta las sutiles manifestaciones de la distimia. Tres psiquiatras de la Universidad de California, en San Diego (Stephen Schuchter, Nancy Downs y Sidney Zisook), han denominado estas manifestaciones sutiles, más que síntomas, como "el lenguaje, de la depresión". Dicho lenguaje se expresa más como problemas en las relaciones, el trabajo y con el sentido del yo, que como síntomas comúnmente asociados con la depresión; es decir, pérdida de apetito, trastornos del sueño e ideas suicidas.

Por ejemplo, una mujer que sufre de distimia puede quejarse repetidamente de los defectos de su esposo. Tales defectos acaso sean reales hasta cierto punto, pero la esposa los exagera o reacciona ante ellos con una ira y un dolor desproporcionados. Por un tiempo, el marido trata de darle gusto e intenta cambiar. Sin embargo, luego se percata que a ella nada la complace. Si él tuviera una autoestima frágil y una tendencia a sentirse culpable, perdería la perspectiva. Tendría problemas para discernir dónde termina su problema y dónde empieza el de su esposa. Tal vez empiece a retraerse por culpa, por frustración, por un deseo de castigo o por un sentimiento de impotencia e incapacidad para hacer que las cosas funcionen.

Casi todas las parejas con esta pauta de comportamientos no tienen la más remota idea de que uno o ambos padezcan un trastorno anímico, que es el que contribuye a su problemática. Tal vez crean que tienen dificultades para comunicarse o que el cónyuge sufre un grave problema de personalidad. Probablemente dejen de agradarse y se culpen mutuamente de sus desavenencias, en lugar de inculpar al enemigo común: la enfermedad depresiva.

Se ha demostrado que hay claros vínculos biológicos y genéticos entre la distimia y la enfermedad depresiva. Como no se trata de un problema de personalidad, un tratamiento adecuado combinado con una medicación antidepresiva y formas convenientes de

psicoterapia familiar o matrimonial suele generar una mejoría sustancial en la calidad de vida del paciente y su familia.(Quinn, Brian P. 2003 pág. 6)

La distimia aunque de intensidad menos grave que el episodio depresivo mayor, esta enfermedad suele causar más estragos en la vida y en la adaptación de quien la sufre que los pacientes de depresión mayor. Tiene un efecto insidioso pero permanente y corrosivo en la auto-estima y seguridad personal del individuo. Impide el desarrollo de capacidades sociales e interpersonales y, con frecuencia, le roba a la persona su éxito profesional e intelectual. El trastorno distímico se confunde o se considera equivocadamente como una personalidad melancólica, no asertiva y a veces irritable. Muchos de los que la padecen han batallado con este trastorno durante tantos años que ellos y quienes los rodean simplemente suponen que así son.

Los psicoterapeutas que no han sido preparados para reconocer los síntomas de la distimia terminan tratando al paciente sólo con psicoterapia, como si los síntomas fueran un reflejo de problemas psicológicos o de personalidad. Éste es un error que condena al paciente a meses o años de sufrimiento innecesario.

Aunque en las clasificaciones de diagnóstico está separada de los otros trastornos anímicos, algunos investigadores consideran que la distimia tal vez no sea una forma particular de depresión. Hay pruebas considerables que sustentan la idea de que se identifica con una variante (o simplemente una etapa) de la depresión mayor. En consecuencia, la distimia responde a los medicamentos antidepresivos y probablemente también a ciertas modalidades de psicoterapia de la misma manera que la depresión mayor.

Algunos de los síntomas y las características de la distimia incluyen un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días y con una duración de dos años por lo menos, así como dos o más de los síntomas siguientes:

- Poco o mucho apetito
- Dificultad para dormir o sueño excesivo
- Energía baja o cansancio
- Autoestima baja (sentimientos de minusvalía, inadecuación o inferioridad)
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- Sentimientos de vulnerabilidad y desesperanza

Sin embargo, casi todos los que padecen distimia no presentan problemas de apetito, sueño o concentración significativos y, en cambio, si pueden manifestar varios de los problemas que enumeramos abajo. Problemas, que por considerarse sutiles, se ven más como rasgos de personalidad o dificultades psicológicas, pero que en realidad forman parte de la distimia:

Quinn, Brian, P, 2003, pág. 6, 7, 8,9) acota los síntomas que padecen estas personas.

- Seriedad excesiva; disminución en la capacidad para experimentar placer o divertirse
- Quejas, críticas e irritabilidad
- Propensión a inquietarse; pesimismo; imaginar el peor de los escenarios
- Autocrítica con tendencia a sentirse culpable
- Timidez, retraimiento o aislamiento social; ansiedad en situaciones interpersonales
- Dificultades para establecer relaciones amorosas
- Baja tolerancia al estrés; tendencia a abrumarse con facilidad
- Pérdida de confianza personal
- Letargo, falta de motivación, disminución en la productividad y la eficiencia
- Sensaciones de incompetencia o impostura, aunque la persona dé pruebas de éxito
- Ansiedad con sentimientos de culpa al expresar enojo; a la persona le preocupa que los demás la abandonen si muestra enojo
- Dificultad para ser asertivo; la persona permite que los demás le hagan daño o se comporten de manera cruel
- Sensible en exceso a la crítica o al rechazo
- Preocupación por la muerte o por no encontrarle sentido a la vida
- En ocasiones, sensación de que la vida no vale nada
- Dependencia, seriedad, lealtad

Si bien la persona necesita estar ligeramente deprimida durante sólo dos años para que encaje en el diagnóstico de distimia, muchos individuos padecen la enfermedad desde la infancia. A esto se le conoce como "inicio temprano de distimia" y suele darse de manera insidiosa,

Es importante tomar en cuenta que la depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos en la persona. Este padecimiento puede afectar o en la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad, hay que reconocer que una persona puede cambiar su estado de ánimo, afectarse y luego reponerse. Es necesario realizar un tratamiento, el mismo que debe ser diagnosticado de manera oportuna, para que posteriormente no interfiera con su recuperación.

### **1.5.1. Trastorno Distímico**

Según la clasificación del (CIE-10, 1992, pág. 25-26)

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
  - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
  - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir).
  - Astenia.
  - Baja autoestima.
  - Pérdida de la capacidad de concentración.
  - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza.
- Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.
- Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).
- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

## **1.6. Causas de la Depresión**

### **1.6.1. Orígenes de la depresión**

No existe una idea clara y definitiva sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo. No se puede hablar tampoco de un único origen de las depresiones, lo mismo que se sabe que no existe un único tipo de depresión (desde siempre se ha hablado de depresiones exógenas o reactivas y depresiones endógenas, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos -las exógenas- y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos -las endógenas). El tema se ha abordado desde diferentes puntos de vista, dando lugar a diferentes modelos explicativos que inciden en aspectos biológicos, psicológicos o sociales.

Con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos. En general, se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud. Según la persona uno o varios factores de vulnerabilidad de base se combinarían de una determinada manera y frente, a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida desembocarían en una depresión.

### **1.6.2. Factores Predisponentes**

El concepto de vulnerabilidad hace referencia a los factores biológicos, psicológicos y sociales, que están presentes de forma continuada y facilitan o predisponen al desarrollo de la enfermedad.

#### **1.6.2.1 Los factores biológicos**

Algunas observaciones han hecho pensar en que ciertos cambios en el organismo puedan dar origen a un trastorno depresivo, por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, o la relación del efecto de los fármacos antidepresivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas, y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.

En cuanto al origen genético los desórdenes afectivos mayores (aquellos desórdenes del estado de ánimo con mayor intensidad y duración) se dan con mayor frecuencia en algunos familiares de sujetos enfermos. Se acepta que la herencia juega un papel en la génesis de la depresión. Sin embargo, el hecho de que haya diferentes tipos de depresiones con edad de presentación, respuesta al tratamiento, evolución, dificulta el estudio del tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos revelan que existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos. Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que no en sus padres adoptivos.

También se ha investigado si en los gemelos idénticos (llamados monocigóticos) la concordancia para que los dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos (su material genético no es tan parecido), y se ha visto que la tasa de concordancia para el trastorno afectivo es mayor en los primeros. Escasos estudios sobre gemelos criados por separado confirman también una herencia genética. Los estudios genéticos se hacen en poblaciones con trastornos depresivos mayores.

Las hipótesis bioquímicas evolucionaron a partir de las observaciones clínicas que relacionaron la administración de un fármaco, la reserpina, con la aparición de síntomas depresivos. La reserpina producía depleción (disminución) de sustancias cerebrales neurotransmisoras como noradrenalina. La función de los neurotransmisores consiste en establecer un código de señales eléctrico y bioquímico al ser segregados por una neurona e interaccionar con las neuronas adyacentes, en cuyas membranas hay receptores para estos neurotransmisores. Este código está determinado genéticamente pero puede variar en función de variables externas. Existen estudios que investigan la genética de los trastornos depresivos e investigan las variantes de los genes que codifican para estos neurotransmisores.

El papel exacto de los neurotransmisores está sujeto a debate constante. Los investigadores y los médicos inicialmente se centraron en la hipótesis de que una concentración baja de neurotransmisores y, por tanto, un déficit en la neurotransmisión produce depresión. Los neurotransmisores más estudiados han sido la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, basándose en que el efecto de muchos fármacos antidepresivos pasa por una modificación en estos neurotransmisores o sus receptores. Los esfuerzos realizados para identificar anomalías bioquímicas consistentes en los pacientes con trastornos del estado de ánimo sólo han tenido un éxito parcial. Entre estos esfuerzos están la determinación en diferentes fluidos corporales (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo) de los estos neurotransmisores y sus metabolitos (compuestos producidos tras el paso de estas sustancias por puntos del organismo -el hígado- donde se transforman).

Se han encontrado argumentos que hacen esta teoría incompleta para explicar los trastornos depresivos, pues no existe una sola explicación para todas las depresiones. Parte de la investigación ha estado muy centrada posteriormente en el estudio del funcionamiento de los receptores y los subtipos de éstos, detectándose variaciones en su funcionamiento, como puede ser el que aumente su densidad en la membrana de la neurona o que estén más o menos sensibles al efecto de los neurotransmisores.

Los receptores son también responsables de la transmisión de la señal eléctrica. También se ha observado que varios tipos de antidepresivos y la terapia electroconvulsiva (electroshock) producen este efecto de disminuir la densidad de receptores en la membrana. Lo mismo que para la teoría anterior se ve que no vale para explicar todos los casos. Se sugiere, en general, que el efecto de los antidepresivos pasaría a través de la estimulación de la neurotransmisión de la serotonina, más que la adrenalina.

**Sistema neuroendocrino.** El sistema de secreción hormonal del organismo funciona en interrelación con el sistema nervioso y también es influido por agentes externos. En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento del llamado eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.



Estas tres glándulas (el hipotálamo y la hipófisis se encuentran en el cerebro y las suprarrenales sobre los riñones) funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

A su vez la cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo que se llama retroalimentación. Parece que en la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol (producido por las glándulas suprarrenales).

También se han visto niveles elevados de las hormonas producidas por hipotálamo e hipófisis, que son el factor liberador de corticotropina; por lo tanto, en ciertos tipos de depresión no funcionaría el sistema de autorregulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y se producirían hormonas por encima del nivel normal.

Desde hace muchos años, las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas.

**Depresión orgánica.** Existen cuadros depresivos que aparecen en el contexto de enfermedades médicas y aportan evidencias sobre la influencia de los factores biológicos. Entre las enfermedades del sistema nervioso central (SNC) se ha observado que el 25-40% de sujetos con ciertas enfermedades presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. Se incluyen trastornos como la enfermedad de Parkinson, la Corea de Huntington, la enfermedad vascular cerebral (embolias, infartos, hemorragias), demencias, esclerosis múltiple, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, tumores del SNC, enfermedad de Wilson.

En las enfermedades médicas que no implican al SNC directamente las tasas son mucho más variables, y comprenden desde más del 60% en el síndrome de Cushing hasta menos de un 8% en la insuficiencia renal terminal. Los cuadros asociados a patología endocrina son los más vinculados a alteraciones neuropsiquiátrica (hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison). Otro tipo de enfermedades asociadas en ocasiones a depresión son enfermedades reumatológicas (lupus sistémico), neoplasias (cáncer de cabeza de páncreas), infecciosas (virus).

### **1.6.2.2 Los Factores Psicosociales**

En este apartado se analiza los factores referidos al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas del entorno. Hay que recordar que no se consideran como algo excluyentes con todo lo comentado anteriormente y que suelen actuar de forma integrada, pudiendo prevalecer más uno u otro tipo según el individuo y el tipo de trastorno depresivo.

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión.

Los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión son aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

También se considera los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida, sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor.

En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí. Acontecimientos vitales-soporte sociales y factor estresante crónicos-vulnerabilidad psicológico a la depresión vulnerabilidad biológica a la depresión.

Estrategias de afrontamiento. Son aquellos esfuerzos en el ámbito de pensamiento y de conducta que la persona desarrolla para hacer frente a situaciones externas y/o internas que desbordan los recursos de los que se dispone habitualmente y exigen un sobreesfuerzo para manejarlas. Son estrategias para hacer frente a situaciones imprevistas, problemas, sin llegar a sentirse desbordado y poder mantener la sensación de control de las situaciones. En general los pacientes depresivos

muestran más dificultad en tomar decisiones y mayor utilización de las reacciones emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles.

Se describen dos tipos generales de comportamiento: uno centrado en conductas orientadas a resolver problemas concretos; otro que incluye comportamientos y pensamientos centrados en el ánimo producido por los acontecimientos vitales. Se ha observado que las personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto como a largo plazo. Por el contrario, los sujetos que están centrados en sus emociones negativas no utilizan actividades placenteras para distraerse de sus emociones, no emplean estrategias estructuradas para resolver el problema y presentan un alto riesgo de episodios depresivos graves y prolongados.

**Aportaciones cognitivas.** Las teorías psicológicas basadas en los esquemas de pensamiento hablan del mecanismo de aprendizaje como mecanismo fundamental para explicar la aparición de un episodio depresivo. El modelo depresivo por indefensión aprendida consiste en haber vivido experiencias pasadas de impotencia real frente a situaciones (sentirse incapaz de cambiar o evitar situaciones desagradables, por ejemplo), conducen a que el individuo se convenza de que las situaciones futuras no placenteras también serán incontrolables, y, por tanto, se responde a estas situaciones con pasividad, resignación y aceptación depresiva. El sujeto se encontraría sin posibilidad de realizar conductas para adaptarse, sin medios de reforzar sus estrategias para afrontar estas situaciones.

El sujeto se ve incapaz de controlar sus actos y esto le lleva a la pasividad y a la desesperanza. Se siente inseguro e incapaz de modificar los estímulos adversos. Beck define un modelo basado en primer lugar en una triada cognitiva (tendencia del paciente a verse de una manera negativa; tendencia a interpretar el medio externo como demandante y culpabilizador; expectativas negativas del futuro), y basado además en esquemas de pensamiento erróneos que inducen a distorsionar la realidad y originan sentimientos negativos y desvalorativos, y por último en errores al procesar la información que generan la aparición de pensamientos negativos pese a que no exista una base real para ello. Uno mismo se observa inadecuado y defectuoso, y, por lo tanto, inútil.

Los individuos deprimidos interpretan de forma negativa las experiencias vitales y observan el futuro como algo que no ofrece nada excepto fracaso y frustración. El modelo cognitivo propone que las experiencias adversas precoces establecen conceptos negativos que se retienen como "esquemas" que se reactivan mediante experiencias vitales adversas, por lo cual producen depresión.

**Apoyo social.** Es la percepción que tiene el sujeto de la existencia de relaciones con un significado de soporte emocional, informacional y material. Varios estudios han mostrado que la ausencia de

una persona confidente constituía un factor de vulnerabilidad para la depresión. El apoyo social puede ser un factor moderador del estrés. La falta de apoyo social puede exacerbar los efectos de los acontecimientos vitales y del estrés.

Si bien la depresión es una enfermedad compleja en cuyo desarrollo intervienen muchos factores, las pruebas científicas actuales indican que las raíces fundamentales del problema son hereditarias y biológicas. Aunque no se sabe de forma segura de la naturaleza exacta del problema, es claro que la depresión se debe a defectos en la estructura y la bioquímica del cerebro, y probablemente también a los sistemas inmunológico y glandular. Desde este ángulo, no son enfermedades, mentales (deficiencias de la mente) sino afecciones físicas del cerebro. Con el progreso de nuestros conocimientos sobre los problemas bioquímicos relacionados con los trastornos anímicos, el término enfermedad mental finalmente tendrá que descartarse. Las pruebas científicas sobre las bases genéticas, bioquímicas y físicas de la depresión provienen de diversas fuentes:

**Estudios de gemelos idénticos** Estas investigaciones demuestran que cuando los gemelos idénticos (que poseen la misma composición genética) son educados por separado y uno de ellos presenta clínicamente una depresión, el otro gemelo tiene más probabilidades de manifestar depresión de lo que cabría esperar en el caso de la población en general.

**Estudios de adopción:** Con estas investigaciones se ha descubierto que los individuos cuyos padres u otros familiares son depresivos manifiestan depresión con mayor frecuencia de lo que se esperaría en la población en general, aun cuando hayan sido educados por padres adoptivos no depresivos.

**Estudios bioquímicos:** Los individuos deprimidos presentan anormalidades similares en cuanto a la bioquímica del cerebro.

**Estudios de imagenología cerebral:** Las imágenes de la estructura y el metabolismo cerebrales de quienes sufren depresión muestran algunas similitudes. (Las técnicas de imagenología cerebral quizá ayuden finalmente a los médicos a realizar un diagnóstico individual.)

**Estudios de respuesta a la medicación:** La mayoría de los pacientes que presenta síntomas de depresión responde a la medicación, que resulta adecuada para corregir su desequilibrio bioquímico cerebral.

Lo anterior no significa que el entorno donde el individuo ha crecido o que las circunstancias desafortunadas de su vida posterior no desempeñen una función importante en los trastornos anímicos. En la actualidad, se considera que los sucesos de la vida, entre los que se cuentan los problemas familiares que hayan rodeado al individuo deprimido durante su crecimiento, desencadenan disfunciones genéticas y bioquímicas. Por ejemplo, si una persona con una

vulnerabilidad genética a la depresión es educada por padres alcohólicos que la maltratan, tiene más probabilidades de presentar la enfermedad que alguien genéticamente vulnerable pero que ha crecido en un hogar estable.

Quien sufre de depresión suele dar buenas razones para explicar su dolor emocional. La persona podría ubicar las raíces de su estado de ánimo en su infancia o en sus problemas actuales. Sin embargo, a menudo tales argumentos no explican por qué alguien que se siente deprimido presenta los síntomas característicos de la enfermedad depresiva. Contrariamente, muchas personas pasan por traumas profundamente dolorosos de todo tipo y, sin embargo, no manifiestan los síntomas de esta enfermedad.

El paciente prospecto debe saber que una vez que se presenta la enfermedad depresiva, ésta puede adquirir vida propia, independiente de los sucesos que la desencadenaron. Aun cuando hechos negativos hayan originado la enfermedad depresiva, puede ser necesario un tratamiento médico para resolverla.

En algunos estudios se ha señalado que por lo menos ciertos casos de depresión grave podrían ser ocasionados por algunos virus -entre los cuales se encuentra el llamado virus de Borna. Un porcentaje elevado de personas con trastorno bipolar nació durante el invierno, la estación con mayor incidencia de resfriados e influenza.

Se ha informado que los medicamentos antivirales a base de cloruro de amantadina (por ejemplo, el Symmetrel) les han servido a algunos pacientes con depresión clínica. Además de que la amantadina es un antiviral, también mejora la eficacia de un neuro-transmisor que puede estar relacionado con la depresión, de forma que su efectividad podría tener tanto que ver con este efecto como con su acción antiviral, (Vallejo, J, 2007, pág. 95 a 99)

### **1.7. ¿A quién suele afectar?**

La depresión puede afectar a todo el mundo, los dos sexos, todas las edades, ricos y pobres. El hecho de que una persona este triunfando en la vida no le protege contra las posibilidades de una depresión. Ni tampoco hay tipos especiales más propensos a la depresión que otros. Los artistas, las estrellas de cine, los políticos, gente con cargos públicos, actividades creativas y delicadas, celebridades, gente ambiciosa, son las personas que presentan más propensión a la depresión que otros. Pero estas personas son más visibles que otros, y si la depresión se presenta en ellos, todo el mundo parece enterarse.

Otro tipo de persona que puede ser un poco más propenso a la depresión que otros, es el que no ha experimentado sino éxitos desde la infancia. El que nunca ha experimentado la derrota puede hundirse al primer contratiempo.

**¿Son las mujeres más propensas a la depresión que los hombres?** Las mujeres son tratadas por depresión dos o tres veces más frecuentemente que los hombres. Pero, esta evidencia se basa en visitas clínicas, las mujeres admitan debilidades y problemas y busquen ayuda, mientras que insiste en que los hombres deben mantenerse estables y hacer buena cara al mal tiempo. Por desgracia, en esta cultura, a los hombres se les enseña a no admitir debilidad y no revelar sus sentimientos interiores. Es interesante notar que el número de alcohólicos masculinos es superior al de las mujeres; y que el porcentaje de suicidios es tres veces más alto en los hombres que en las mujeres. Los hombres resuelven sus depresiones de modo distinto que las mujeres.

#### **1.7.1. La depresión en el hombre**

La depresión suele afectar menos a mujeres que a hombres, pero de todos modos hay muchos hombres que la padecen. Los hombres suelen ser más reacios a admitir que tienen esta enfermedad y por lo tanto es más difícil poder llevar a cabo un tratamiento. La tasa de suicidios en un hombre es cuatro veces mayor que la de la mujer, pero los intentos de suicidio son más elevados en la mujer que en el hombre.

Los hombres se suelen arropar más que las mujeres con el alcohol y las drogas. En el hombre no es raro que se manifieste la depresión con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Los hombres tienden menos a buscar ayuda la cual la pueden encontrar incluso en el trabajo. Es importante que el hombre entienda y acepte que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

Esta patología también puede afectar la salud física del hombre, aunque de forma diferente que a las del sexo débil. En una investigación reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa de muerte debido a un padecimiento coronario que es acompañado con un trastorno depresivo.

El hombre cuando se da cuenta que está deprimido, tiende a buscar menos ayuda que la mujer.

#### **1.7.2 La depresión en la mujer**

La depresión en la mujer es casi el doble de frecuente que en el hombre. Factores hormonales como la menstruación, el embarazo, el aborto, el periodo posparto, la premenopausia y la menopausia podrían contribuir a una tasa más alta de depresión en la mujer. Las mujeres suelen tener más estrés por la responsabilidad de los niños, el cuidado de la casa y, en ocasiones, un empleo.

Los investigadores se están concentrando en las siguientes áreas en el estudio de la depresión en las mujeres:

**El tema en la adolescencia:** Antes de la adolescencia, hay poca diferencia en la tasa de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años existe un aumento notable en la tasa de depresión entre las niñas. A la edad de 15, las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que los varones. Esto sucede en un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. El estrés de la adolescencia incluye la formación de una identidad, desarrollo de la sexualidad, separarse de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales, y hormonales.

Este estrés generalmente es diferente entre niños y niñas, y puede estar asociado con más frecuencia con la depresión en las hembras. Las investigaciones indican que las estudiantes femeninas de escuela superior tienen tasas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de comida, y problemas de ajuste, significativamente más altos que las de los estudiantes varones, los cuales tienen tasas más altas de trastornos de comportamiento disruptivo.

- **Los adultos: relaciones y el rol en el trabajo.** En general, el estrés puede contribuir a la depresión en las personas que son vulnerables biológicamente a la enfermedad. Algunos han teorizado que la alta tasa de depresión en las mujeres no se debe a una mayor vulnerabilidad sino al estrés específico que muchas de las mujeres enfrentan. Estos estrés incluyen las responsabilidades principales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, y cuidar de niños y padres adultos mayores. ¿Cómo es que estos factores pueden afectar a las mujeres de manera única es algo que todavía no se comprende totalmente? Para mujeres y hombres, las tasas de depresión mayor son más altas entre los que están separados o divorciados, y más bajas entre los que están casados, aunque siempre son más altas para las mujeres que para los hombres. No obstante, la calidad del matrimonio puede contribuir significativamente a la depresión.

Se ha demostrado que cuando la relación carece de intimidad y confianza, y existen disputas matrimoniales, esto está relacionado a la depresión en las mujeres. De hecho, las tasas de depresión resultaron más altas entre las mujeres que no eran felices en sus matrimonios.

- **Eventos reproductivos.**

Los eventos reproductivos de las mujeres incluyen el ciclo menstrual, embarazo, el período después del parto, infertilidad, menopausia, y a veces, la decisión de no tener hijos. Estos eventos conllevan fluctuaciones en el humor que para algunas de las mujeres incluye la depresión. Los investigadores han confirmado que las hormonas afectan la química del cerebro que controla las emociones y el humor; aunque se desconoce el mecanismo biológico específico que explica el papel que juegan las hormonas.

Muchas de las mujeres experimentan ciertos comportamientos y cambios físicos asociados con las fases de los ciclos menstruales. En algunas de las mujeres, estos cambios son severos, ocurren con regularidad, e incluyen sentimientos de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. Los cambios, conocidos como el síndrome premenstrual (PMS por sus siglas en inglés) o trastorno disfónico premenstrual (PMDD por sus siglas en inglés), típicamente comienzan después de la ovulación y empeoran gradualmente hasta que comienza la menstruación. Los científicos están estudiando cómo la subida y bajada cíclica del estrógeno y otras hormonas puede afectar la química del cerebro que está asociada con la enfermedad depresiva

Los cambios del humor postpartum varían desde un poco de tristeza que inmediatamente acompaña el parto, hasta un episodio de depresión mayor, a una depresión psicótica severa e incapacitadora. Los estudios indican que las mujeres que experimentan una depresión mayor después de dar a luz muy probablemente han experimentado episodios depresivos anteriores, aunque no hayan sido diagnosticadas y tratadas.

El embarazo (si es deseado) raramente lleva a la depresión, y provocarse un aborto no parece resultar en incidentes más altos de depresión. Las mujeres con problemas de infertilidad pueden estar sujetas a episodios de ansiedad o tristeza extrema, pero no está claro si esto contribuye a una tasa más alta de la enfermedad depresiva. Además, el ser madre puede ser un tiempo de alto riesgo para la depresión debido al estrés y las exigencias que esto impone. La menopausia, en general, no está asociada con un aumento en el riesgo por la depresión. De hecho, aunque una vez fue considerado un trastorno único, las investigaciones han demostrado que la enfermedad depresiva durante la menopausia no es diferente que durante otras edades. Las mujeres más vulnerables a la depresión durante el cambio de vida son aquellas que ya tienen historial de episodios depresivos.

- **Consideraciones culturales específicas**

Para la depresión, en general, la tasa de incidencia de la depresión en las mujeres africano-americanas e hispanas permanece el doble que la de los hombres. Sin embargo, existen algunas indicaciones que es posible que la depresión mayor y la distimia puedan ser diagnosticadas con menos frecuencia en las mujeres africano-americanas y con un poco más de frecuencia en las mujeres hispanas que en las mujeres caucásicas. La información tocante a la incidencia de la enfermedad para otros grupos raciales y étnicos no es definitiva.

Es posible que las diferencias en la presentación de síntomas afecte la manera en que se reconoce y se diagnostica la depresión entre las minorías. Por ejemplo, es más probable que los africanos-americanos reporten síntomas somáticos, tales como un cambio en el apetito y achaques y dolores del cuerpo. Además, las personas de varios trasfondos culturales pueden percibir los síntomas de la



depresión de diferentes maneras. Tales factores deberán ser considerados cuando se trata de mujeres de poblaciones especiales.

- **Victimización**

Los estudios muestran que las mujeres que fueron violadas de niñas tienen una probabilidad más alta de sufrir de depresión clínica en algún tiempo durante sus vidas que las que no tienen tal historial. Además, varios estudios muestran una incidencia más alta de depresión entre las mujeres que han sido violadas como adolescentes o adultas. Muchas más mujeres que hombres han sido abusadas sexualmente de niñas y, por lo tanto, esta información es relevante. Las mujeres que experimentan otras formas comunes de abuso, tal como abuso físico y hostigamiento sexual en el trabajo, también pueden experimentar tasas de depresión más altas. El abuso puede resultar en depresión porque fomenta la baja autoestima, el sentido de estar indefensa, la auto-culpabilidad, y aislamiento social. Pueden existir factores biológicos y ambientales de la depresión como resultado de haberse criado en una familia disfuncional. Actualmente, es necesario llevar a cabo más investigaciones para comprender si la victimización está vinculada a la depresión.

- **Pobreza**

Las mujeres y los niños representan setenta y cinco por ciento de la población estadounidense que se considera pobre. Un nivel económico bajo lleva consigo muchos estreses, incluyendo aislamiento, incertidumbre, eventos negativos frecuentes, y pobre acceso a recursos útiles. La tristeza y moral baja son más comunes entre las personas de bajos ingresos y aquellos que carecen de apoyo social. Pero las investigaciones aún no han establecido si las enfermedades depresivas son más prevalentes entre las personas que experimentan factores de estrés ambientales tales como los señalados.

- **La depresión más tarde en la adultez.**

Hubo un tiempo que se pensaba que las mujeres tenían vulnerabilidad particular a la depresión cuando sus hijos se iban del hogar y ellas confrontaban el "síndrome del nido vacío" y experimentaban un profundo sentido de pérdida del propósito e identidad. Sin embargo, los estudios no muestran ningún aumento en la enfermedad depresiva entre las mujeres en esta etapa de vida.

Como en los grupos de edad más joven, las mujeres de más edad sufren de enfermedad depresiva en mayor número que los hombres. Similarmente, para los grupos de todas edades, el no estar casado (lo que incluye viudez) también es un factor de riesgo para la depresión. Aun de mayor importancia, la depresión no debe ser considerada como consecuencia normal de los problemas

físicos, sociales, y económicos de los últimos años de vida. De hecho, los estudios muestran que la mayoría de las personas mayores de edad se sienten satisfechas con sus vidas.

Sobre 800,000 personas enviudan cada año, la mayoría de los cuales son mayores de edad, mujeres, y experimentan varios grados de sintomatología depresiva. La mayoría no necesitan tratamiento formal, pero aquellos que experimentan tristeza moderada o severa parecen beneficiarse de los grupos de auto-ayuda o los varios tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las viudas y viudos tienen los criterios para experimentar un episodio depresivo durante el primer mes después del fallecimiento, y la mitad de ellos todavía están clínicamente deprimidos un año después. *“Estas depresiones responden a los tratamientos antidepresivos rutinarios, aunque las investigaciones sobre cuándo comenzar el tratamiento o cómo combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales aun están en las primeras etapas”*, (Frank E, KarpJF, y Rush AJ, 2006)

### **1.7.3 Las diferencias entre la depresión masculina y la femenina**

- Los hombres son más proclives a proyectar hacia el exterior todos sus problemas, mientras que las mujeres se los guardan en su interior.
- Las mujeres se culpan a ellas mismas en cambio los hombres culpan a otros por sus propios problemas.
- Ellas se sienten tristes, apáticas. En cambio ellos están enojados, irritables.
- Ellas son más miedosas y ansiosas, en cambio los hombres son más suspicaces. Otra gran diferencia es que ellas tratan de evitar problemas, en cambio los hombres los provocan.
- Las mujeres tratan de ser agradables mientras que los hombres son más hostiles.
- Cuando se sienten heridos ellos son los que atacan, las mujeres no.
- Los hombres demandan respeto de las otras personas. Ellas sienten que nacieron para hacer las cosas mal, en cambio ellos piensan que el mundo está en contra de ellos.
- Ellas son más nerviosas que los hombres pero actúan de una forma mucho más lenta que ellos, que se agitan mucho para resolver algunas situaciones.
- Otra gran diferencia es en la forma de dormir, ellas son las que más duermen, mientras ellos duermen muy poco.
- Ellos necesitan tener el control de todo.
- Otra diferencia es que ellas se sienten culpables por lo que hacen, mientras que los hombres se sienten más bien vergonzosos.
- Ellas no se conforman con recibir piedad, mientras ellos se frustran por no recibir demasiada piedad.
- Ellas expresan mejor sus debilidades y dudas, mientras a ellos les cuesta mucho poder verbalizar todas sus preocupaciones.
- Ellas tienen un miedo fuerte a triunfar, mientras ellos tienen terror a fallar.

- Para automedicarse ellas utilizan al amor, los amigos y la comida; mientras ellos utilizan los deportes, la televisión y el sexo.
- Las mujeres creen que sus problemas podrían ser solucionados solamente si pudiesen ser mejores (esposas, madres, compañeras de trabajo, amigas, etc.). En cambio los hombres creen que podrían solucionar sus problemas solamente si su (esposa, compañero de trabajo, hijos, padres, amigos) los tratasen mejor.
- Y por último ellas se preguntan”: ¿Soy bastante buena?”. Mientras ellos se preguntan”: ¿Fui lo suficientemente amado?”, (Blehar MC, Oren DA, 1997).

## **1.8 Consecuencias de la Depresión**

Las consecuencias que el trastorno depresivo trae son importantes y de toda índole, tanto personales, como familiares y sociales. En lo personal, la experiencia de una depresión marca inexorablemente, aún en los casos en los que se logre superar y no haya recaídas. Los familiares del depresivo padecen también de alguna manera la enfermedad y con frecuencia se presentan situaciones de crisis. Las consecuencias sociales son las más estudiadas e incluyen cifras enormes de absentismo laboral y de gastos sanitarios. Detrás de la depresión hay pérdidas, rupturas, incomprensión, sufrimiento y miles de suicidios.

### **1.8.1 Compromiso del sistema inmunológico**

Los efectos de una depresión podrían ser extremadamente devastadores para su portador, como también, para aquellos que formen parte de su universo. Los efectos podrían ser extremadamente devastadores, considerando que la depresión posee grados variados, también porque los efectos permanecen siempre más o menos dependientes de la personalidad del depresivo y de los factores que habrían desencadenado el problema.

Sin embargo, si la coyuntura vivida por el enfermo es delicada y si es grave el grado de la dolencia, sin dudas que las consecuencias podrían ser funestas. Con la Ciencia Médica se aprende que el organismo, fruto de las conquistas multimilenarias, posee un avanzado y eficiente sistema de auto-defensa, que tiene por objetivo preservarlo y o defenderlo de los ataques externos e internos, sin lo cual la vida estaría grandemente comprometida.

### **1.8.2 Enfermedades Orgánicas**

Las fuerzas orgánicas sin resistencias y con las defensas comprometidas, serán dominadas por los factores depresivos. Vencidas las resistencias orgánicas, el cuerpo terminará por enfermarse también, por esta razón, un depresivo, sobre todo si su estado es grave, sufre, entre otros males, estos disturbios digestivos; Úlceras (estómago y duodeno), distimia cardíaca; problemas hepáticos; disfunciones intestinales; manifestaciones cancerígenas; estados degenerativos graves; infecciones

lamentables; alergias; oscilación de presión; compromiso del metabolismo en general; agravamiento de los problemas ya existentes, y finalmente, profundo desgaste.

### **1.8.3 Suicidio**

Indudablemente, esta es la consecuencia más terrible de la depresión: el suicidio. Cuando ocurre, deja marcas profundas, difícilmente superables, en los familiares y amigos, estos, atravesarán un largo periodo de la existencia preguntándose: ¿Que sucedió para que él/ ella hiciese eso? ¿Y ahora, que será de nuestro ser querido?

### **1.8.4 Factor Destructivo de la Mente y de la Personalidad**

La depresión, más allá de las consecuencias graves que ya se abordaron, existen varias otras, a saber:

- Desarticula el equilibrio mental.
- Provoca angustia.
- Despierta fobias.
- Produce perturbaciones del comportamiento.
- Lleva al ser a reacciones impertinentes.
- Causa fracasos afectivos, financieros y sociales.
- Compromete de forma severa la autoestima, se siente desvalorizada y se autodestruye por la conducta mórbida
- Suscita aflicciones alienantes;
- Arrastra a la auto-obsesión:
- Desencadena obsesiones infelices.

Si la obsesión puede dar causa a la depresión, esta, a su vez, puede dar causa a la obsesión.

- Puede producir locura.
- Arrastra a la apatía: El apático es una persona triste, agobiada, solitaria y se siente abandonada, sin estímulo, esclavizada a la rutina, pensando que nada vale la pena.

## **1.9 Autoayuda para el presunto paciente**

Una vez iniciados el tratamiento médico y el psicoterapéutico, hay muchas cosas que el paciente puede hacer para ayudarse a sí mismo. Informarse como sea posible acerca de los trastornos anímicos y su tratamiento. Exhorte a su familia para que también lo haga. Si usted padece de una depresión o de una enfermedad maniaco depresivo, una de sus armas más eficaces es el conocimiento. En razón más importante para que aprenda sobre su enfermedad es que el trastorno anímico anula la capacidad de ver con precisión lo que uno es, la vida y el futuro. Una vez que

conozca las diversas manifestaciones sutiles de su enfermedad, tendrá menos probabilidades de volverse prisionero en la guerra contra ésta.

La depresión puede ser una tortura despiadada y persuasiva. Unas veces tal vez le grite al oído y otras quizá sólo le susurre, pero lo que le diga sobre su persona, su vida y su futuro son mentiras. Si logra convertirlo en cautivo, por lo menos debe recordar esto: el dolor será más soportable cuando obtenga ayuda, la cual le permitirá sobrevivir.

Dicho conocimiento puede asistirle también a poner un límite al daño que la enfermedad causa en sus relaciones interpersonales. Por ejemplo, en el caso del paciente ciclotímico, saber que puede enojarse sin ninguna razón le permitirá adoptar alguna medida para controlar conscientemente su irritabilidad. Aunque el paciente considere que su molestia tiene cierta razón de ser, apréndela a inhibirla porque le provócala problemas innecesarios. Si el paciente deja que el tiempo pase, también la irritación pasará.

Los investigadores han descubierto que hay un fundamento fisiológico para tal comportamiento. Por consiguiente, también es importante controlar la irritación cuando el cónyuge del paciente que padece de un trastorno anímico también tiene un temperamento irascible. Dos personas irritables pueden llegar a tener un mal matrimonio, lo cual sucede mucho más a menudo de lo que podría imaginarse. En un proceso conocido como "unión mal avenida", la persona que padece un trastorno anímico suele casarse con alguien que sufre un trastorno similar.

El conocimiento también le permitirá convertirse en un aliado de su terapeuta y psiquiatra. Lograr identificar algunas de las experiencias como síntomas le ayudará a todos a comprender de manera más profunda las manifestaciones específicas de su enfermedad. Conocer la verdadera naturaleza de los trastornos anímicos le ayudará a aceptar que su padecimiento en realidad es una enfermedad de la que no debe sentirse avergonzado. Esto no se aprende rápidamente, de hecho, puede llevar meses o incluso años luchar con el diagnóstico y sus consecuencias, y tener además la disposición para hablar abiertamente de la enfermedad con amigos y parientes.

Conocer los mejores tratamientos disponibles le ayudará a decidir qué psiquiatra, terapeuta y modalidad de tratamiento le son favorables. Por desgracia, quien lo atienda quizá no corrobore cuidadosamente o pase por alto la presencia de un trastorno anímico, en especial si se trata de una variante ligera. Tal vez no conozca los avances más recientes en materia de diagnóstico y tratamiento o acaso tenga un sesgo teórico que sea contrario al tratamiento de la depresión con medicamentos. Posiblemente recomiende un tratamiento sin mucho sentido a la luz de lo que ahora se sabe acerca de los trastornos anímicos. Por todas estas razones el paciente informado debe convertirse en experto de su trastorno anímico.

Quienes padecen trastornos anímicos deben luchar por mantener una regularidad en sus horarios de trabajo, de sueño, en sus hábitos alimentarios y de ejercicio y en sus contactos sociales. El sueño es el factor crucial. Debe acostarse y despertarse aproximadamente a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana. Si recibe un tratamiento para la enfermedad, hacer demasiado en un solo día a expensas del sueño puede desencadenar o empeorar los episodios maníacos. Por otro lado, dormir de más puede activar o trastocar el estado depresivo.

En términos ideales, lo mejor que puede hacer un individuo con trastornos anímicos durante las primeras etapas de su recuperación es evitar encontrarse con personas o vivir experiencias que le provoquen emociones fuertes como enojo, culpa, ansiedad o preocupación, lo cual probablemente también incluya las emociones fuertes suscitadas durante la terapia. Tales hechos pueden desencadenar cambios problemáticos en la bioquímica cerebral que contribuyan a una recuda o que por lo menos dificulten la recuperación. Si bien el tratamiento ayudará a que la persona que sufre un trastorno anímico tolere más las presiones, incluso con una buena atención médica y psicoterapéutica, algunos individuos con trastornos anímicos son más vulnerables al estrés que otros.

Por estas razones, la educación y la terapia familiar son importantes por partida doble. Los pacientes con trastornos anímicos a menudo buscan tratamiento en medio de una crisis interpersonal que se mezcla de manera intrincada con su depresión. Uno de los problemas más espinosos es el hecho de que el paciente tenga una relación con alguien que no está completamente disponible para él. Los ciclos de esperanza y frustración así generados pueden mantener a la persona afectada en estado de confusión emocional.

Los pacientes deberían romper o suspender este tipo de relaciones, pero casi siempre esto les parece una "Misión Imposible" hasta que reciben un tratamiento con medicamentos para su trastorno anímico. Los antidepresivos disminuyen el anhelo obsesivo por el ser amado y permiten que el paciente se sienta más capaz emocionalmente de estar consigo mismo. Sin media acción, las personas quedan atrapadas en estas relaciones frustrantes durante meses o, incluso, años. Llegan a sentirse estúpidas o débiles por "soportar" la falta de compromiso del ser amado y terminan más deprimidos.

A veces ayuda que el paciente deje de criticarse un poco para saber que estar "atrapado" en una relación semejante es más bien un síntoma de depresión y no un signo de debilidad. Muchos de estos individuos acostumbran permanecer durante mucho tiempo en psicoterapia, tratando de deducir cuál fue la conducta de sus padres que les hace repetir pautas tan enfermizas. No es extraño que el paciente permanezca en tal situación hasta que su depresión desaparece por cuenta propia. Sólo hasta entonces se despabilan. Por su parte, los terapeutas confunden fácilmente es la remisión

espontánea con una "cura". Evitar el consumo de alcohol y drogas resulta fundamental, aun cuando el paciente no tenga un problema de alcoholismo o drogadicción.

En ocasiones es mejor mantenerse activo que abandonarse en la inactividad. En los casos de depresión leve y moderada lo mejor es esforzarse por hacer cosas, aunque al principio no quiera hacerlas como el ejercicio, salir con amigos, hacer labores en la casa o concentrarse más en algún proyecto en el trabajo). A las personas que padecen depresión de pronto las detiene lo que se ha denominado "cogniciones que interfieren en las tareas". El individuo se imagina haciendo algo, pero empieza a hacer predicciones: "No lo voy a disfrutar" o "No me va a servir de nada". Probablemente piense: "Es demasiado, me va a llevar mucho tiempo y energía." El caso es que se queda sentado sin hacer nada, viendo la televisión o dormido y, como resultado, termina sintiéndose peor.

Si a usted le pasa eso, haga un experimento, eleve a cabo algo que disfrute. ¡Ponga a prueba sus predicciones! A menos que esté gravemente deprimido, una vez que inicie notará que aumenta su motivación. Incluso tal vez experimente cierta sensación de logro.

¿Qué pasa si la actividad que emprendió no representó ningún incentivo para su estado de ánimo o sensación de logro? Bueno, de cualquier manera el experimento resultó un éxito, ya que ahora cuenta con información importante: probablemente esté tan deprimido que no tiene sentido presionarse. Salga del atolladero. Tendrá que tomarlo con calma hasta que se sienta mejor. Es realmente extraño cómo nuestra cultura respalda a alguien que tiene influenza y permanece en cama y no a quien padece una fuerte depresión.

El hecho es que muchos pacientes profundamente deprimidos no pueden reunir de manera sencilla la suficiente energía o motivación que los empuje a hacer algo. Quien no conoce la depresión, le resultará poco fácil comprender que significa este concepto. La dificultad que el paciente experimenta para hacer algo no es un asunto de flojera o falta de voluntad. No se trata de un problema que él pueda controlar de manera voluntaria. El consejo frecuente que le dan al enfermo sus amigos o familiares: "debes mantenerte ocupado", quizá resulte bastante perjudicial. Puede hacer que el paciente se sienta terriblemente mal consigo mismo y considere su problema como una debilidad personal.

Mantener las relaciones sociales es una tarea muy problemática para los individuos deprimidos. Cuanto más grave sea su depresión, menos deseos tendrá de estar rodeado de gente. Habrá quienes lo exhorten a que "salga y conozca gente nueva". Si usted mismo se obliga a hacerlo, tal vez se sienta presionado a "actuar como si fuera feliz" en situaciones sociales. Quizá sienta que tendrá que esforzarse mucho para ocultar el hecho de que está deprimido. Acaso también se culpe y avergüence por su incapacidad para ser más vivaz y conversador. Probablemente le preocupe que si

no socializa, la gente empezar a preguntarle por qué no lo hace o lo hará sentir de alguna manera incómoda. ¿Qué puede hacer? Mucho depende de lo certero que haya sido el juicio para valorar la gravedad de su depresión y de lo que usted quiera hacer.

Si quiere abordar el problema, el primer paso es darse cuenta de que no requiere aparentar ser feliz cuando no es así. ¿Quién dice que debe ocultar su depresión o el hecho de que consume medicamentos para resolverla? ¿En dónde está escrito que usted deba dar la impresión de estar feliz cuando en realidad se siente terriblemente triste? No tiene que traer puesto un letrero que diga que está deprimido (aunque sería una manera de afrontar el problema), como tampoco hay razón para mantenerlo como un gran secreto, estos sentimientos no desaparecen con facilidad.

La depresión crea los peores escenarios acerca de la reacción que tendrá la gente cuando sepa que usted padece depresión. ¿Realmente está convencido de que sería terrible que alguien supiera la verdad? Si lo está, pruebe otro experimento. ¡Cuéntele a alguien sobre su problema! Ponga a prueba su miedo. Probablemente le sorprenda la respuesta tan comprensiva que recibirá. Con una poca de suerte, la persona a quien se lo cuente habrá sufrido también de depresión o incluso haya tomado medicamentos o conozca a alguien que está deprimido.

El asunto más importante, desde luego, es lo que su depresión le está haciendo pensar de sí mismo: si descubre, como probablemente suceda, que se avergüenza quizá le ayude leer más acerca de la depresión o la historia de personas famosas que también la padecieron. Tal vez se sienta menos avergonzado si se integra a algún grupo de apoyo en donde pueda hablar libremente de su problema anímico.

Tal vez le preocupe incomodar a los demás o "arruinarles un buen momento". Esto es muy improbable. ¿En realidad cree que la música se detendrá y que las personas lo rodearán en círculo preocupadas porque usted está triste?

(Quinn, Brian P. 2003, pág. 227) afirma qué:

Es importante que el paciente realice ejercicios regularmente. Hay pruebas científicas de que el ejercicio regular es un antidepresivo efectivo para quienes padecen una depresión unipolar ligera. Probablemente convenga que el ejercicio sea aeróbico. La idea es que su respiración sea profunda y su corazón trabaje a un ritmo particular. Caminar rápido, correr, andar en bicicleta y bailar son ciertas pruebas señalan que hay otras modalidades de ejercicio, además de los aeróbicos, que también son benéficas, como el levantamiento de pesas o el yoga.

Para lograr un efecto antidepresivo y obtener un beneficio cardiovascular, necesita realizar cualquier ejercicio que acelere el corazón al 75 por ciento de su capacidad, lo cual se calcula



restando a 220 la edad que tiene, de este resultado, que constituye la capacidad de su corazón, habrá que calcular el 75 por ciento, con lo que se obtendrá el número de latidos necesarios. Es decir, debe hacer que el corazón lata a este ritmo por lo menos durante 20 minutos tres veces por semana. Por ejemplo, si tiene 30 años de edad, su ritmo cardíaco máximo debería ser de 190 latidos por minuto (220 menos 30). Necesitará, por tanto, mantener su ritmo cardíaco en aproximadamente 142 latidos por minuto (75 por ciento de 190) durante 20 minutos. Deportes como el tenis, el voleibol o el esquí de montaña tal vez no funcionen porque la persona tiene que detenerse y volver a empezar muchas veces.

Para alcanzar un efecto antidepresivo sólo a partir del ejercicio probablemente requiera de algo poco intenso. Lo cual es una buena noticia porque si usted ha sido sedentario durante cierto periodo o tiene problemas cardiovasculares, necesitará algo de tiempo para mejorar su condición. Haga siempre ejercicios de calentamiento y estiramiento antes de comenzar a practicar algún deporte. Si ha sido sedentario o tiene problemas cardiovasculares, consulte a su médico antes de iniciar cualquier programa de ejercicios

Los esfuerzos activos por combatir los pensamientos desagradables no sólo son ineficaces, sino probablemente también hagan que las cosas empeoren cuando está deprimido, hay dos razones que lo explican la primera es muy simple: se trata de no pensar en algo, lo que hace es darle vueltas mentalmente a la idea de "no pensar algo", en otras palabras, su mente aún está pensando en algo. La segunda razón es que quienes se deprimen son sumamente autocríticos. En lugar de pensar: "mis amigos se equivocan cuando me aconsejan que olvide mis problemas", la persona deprimida dirá: "hay algo mal en mí, soy mentalmente débil. Debería ser capaz de salir por mí mismo de este estancamiento". El resultado es: desmoralización y más depresión.

(Quinn, Brian P. 2003, pág. 243) señal que un acercamiento más pasivo y suave puede ayudar a algunas personas.

Ingrese a algún grupo de apoyo a pacientes. Si bien muchos individuos deprimidos o maniaco depresivos se resisten a acudir a algún grupo de apoyo por los sentimientos de vergüenza y lástima que experimentan, dichos grupos pueden ser muy útiles, tanto en términos de educación como para elevar su moral y para disminuir el temor que la depresión le genera.

## **CAPITULO II**

### **2. RELACIONES FAMILIARES**

#### **2.1 Introducción**

Muchos y variados ensayos de orientación familiar se están haciendo actualmente. Y todos ellos, con mayor o menor acierto, intentan llegar al núcleo central de lo que debe ser una ayuda eficaz. A pesar de estos esfuerzos, quedan bastantes lagunas sin cubrir porque la orientación de la familia no puede improvisarse ni hay derecho a hacer experiencias con todo un sistema familiar, cuando se desconocen los íntimos resortes que favorecen o que obstaculizan lo que es la verdadera dinámica familiar.

En los planteamientos actuales de la orientación queda muy poco espacio para la participación de la familia. Sin embargo, el campo de la orientación familiar es cada día más amplio y complejo y ello tiene mucho que ver con los momentos históricos que también afectan al funcionamiento familiar. Ya no son suficientes los criterios basados en el sentido común, sino que es preciso estar atento a cuanto constituye una fuente de influencia en el papel educativo de la familia.

La orientación de la familia, por ello, no puede reducirse a la formación teórica que hay que dar a los padres, muchas veces insuficiente y también muy decantada por ideologías concretas, sino que hay que ir al terreno de las realidades que se derivan del adecuado conocimiento de lo que es la familia como grupo humano y como sistema de comunicación interpersonal.

De ello se deriva que hay que perder el miedo a entrar en la familia con seriedad técnica y con el convencimiento básico de que el ambiente familiar es un factor estructurante de la maduración personal. "Entrar en la familia", tiene su técnica, su estrategia y su teoría, fundamentalmente centrada en comenzar a ver, que quien sufre en la familia no lo hace porque sea un enfermo o un perverso, sino que el sufrimiento se deriva de un mal enfoque de las relaciones intrafamiliares. El comportamiento derivado de una inadecuada comunicación entre los miembros de la familia, ya sea como totalidad, ya sea como una parte del sistema, tales crisis, por tanto, serán el resultado de un modo imperfecto de funcionamiento familiar. Esto es lo que lleva a enfocar la búsqueda de soluciones como un proceso en el que han de tomar parte todos los miembros de la familia y no sólo aquellos que una observación superficial suele identificar como enfermo o culpable.

#### **2.2 Definición**

La familia no es una institución con unas características impuestas por coordenadas históricas e ideologías concretas, religiosas, culturales, etc., sino que la familia es un grupo humano primario en el que los individuos nacen, establecen unos contactos, realizan un tipo de encuentro y en el que

encuentran un ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfecta.

A la luz de este concepto resulta incomprensible que se pretenda imponer un único modelo y que este modelo, en el amplio panorama de lo universal que admite mil formas de cultura, sea tan reducido como puede ser el entorno inmediato y, algunas veces, más reducido por el carácter que limita la misma creencia en el que se vierte el pretendido modelo que se desea imponer a todos los mundos culturales. Una cosa es la familia hindú y otra muy distinta la familia católica, por ejemplo.

Resulta difícil definir qué es la familia, por lo que a lo largo del estudio de la misma se ha conceptualizado de diferentes formas; sin embargo, todas adolecen de alguna limitación ya que no logran captar la amplitud del concepto de familia. Generalmente se han utilizado tres criterios para definir a la familia: a) consanguinidad, donde se sostiene que familia son todas las personas unidas por lazos sanguíneos; b) cohabitación, según el cual la familia son todas las personas que viven bajo un mismo techo y c) el afectivo, en el que se define como familia a todas las personas unidas por vínculos afectivos estrechos.

Cuando se utiliza el criterio de consanguinidad para definir la familia, existe el riesgo de dejar fuera de su conceptualización a parientes políticos y otras personas afectivamente importantes para los sujetos, o incluir a personas que aunque tengan vínculos sanguíneos, por determinados motivos (alejamiento, conflictos, etc.) no son consideradas como familia por un sujeto concreto.

Por otra parte, si prevalece el criterio de cohabitación, se deja fuera a parientes biológicos y políticos que viven en lugares diferentes, o se pudiera incluir a personas que aunque vivan bajo el mismo techo no se consideran como familia (los empleados domésticos, por ejemplo). Por último, cuando la definición de familia se hace con el criterio afectivo, se corre el riesgo de ampliar demasiado el concepto, pues podría incluirse dentro de la familia a prácticamente cualquier persona con la cual se tenga algún vínculo afectivo.

Ante la dificultad evidente que existe para definir el término familia, autores como Andersen (1997) sostienen que *“la familia como concepto abstracto no existe, sino que existen tantos tipos de familias como sujetos que las definan en su discurso. Esto es, que cada persona considera de manera particular lo que para ella es familia, e incluye en su definición a las personas que siente como parte de la misma.”*

A pesar de que cada persona tiene una definición diferente de lo que es familia, para la mayoría de las personas ésta se constituye en la más importante red de apoyo social para las diversas transiciones que se han de realizar durante la vida: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.; así como para el enfrentamiento de sucesos

impredecibles se presentan a lo largo de la vida: divorcio, muerte de un familiar y desempleo, por sólo mencionar algunos.

Slaikeu, (1996) sostiene que la familia como sistema social enfrenta necesariamente crisis tanto predecibles (propias de su ciclo vital y por lo tanto esperadas) o impredecibles (sucesos total o parcialmente inesperados que afectan la vida de la familia). *“Las crisis constituyen estados temporales de malestar y desorganización caracterizados por la incapacidad de la familia para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados y por el potencial para obtener resultados positivos o negativos”*.

En el centro de la definición de la crisis se encuentra primero la existencia de la necesidad de cambio en distintos aspectos de la dinámica familiar, tales como el tipo de comunicación, los patrones de autoridad, los límites y roles, entre otros aspectos. Y en segundo lugar, la potencialidad para producir tanto un daño como un crecimiento y desarrollo en la familia.

Lo anterior permite suponer que quizás lo que diferencia a las familias funcionales de las disfuncionales no es la ausencia de crisis, sino que las mismas han sido enfrentadas de manera tal que han contribuido al desarrollo y crecimiento del sistema familiar y de sus integrantes.

Esto lleva a preguntarse acerca de los factores que determinan la evolución de las crisis hacia la destrucción o el mejoramiento. Por lo general estos factores se pueden agrupar en tres tipos: gravedad de los sucesos que precipitan las crisis, recursos familiares (características socioeconómicas y funcionales que facilitan el afrontamiento efectivo de las crisis) y los apoyos sociales, los cuales pueden ser provenientes de la misma familia, de los amigos u otras personas significativas y de la misma comunidad.

Existen sucesos que por su naturaleza o por el momento en que ocurren pueden sobrepasar los recursos de la familia para enfrentarlos y ocasionar, por lo general, un daño. Un ejemplo de esto sería la muerte del padre en una familia con hijos pequeños, donde la madre no trabaje fuera del hogar y no estén disponibles otros apoyos familiares y sociales.

Los recursos familiares son importantes también a la hora de predecir si una crisis tendrá consecuencias positivas o negativas. Sólo por mencionar uno de los posibles recursos familiares, se hace referencia al grado de flexibilidad de los roles dentro de la familia; así por ejemplo, una familia con roles flexibles podría manejar más efectivamente una crisis no predecible tal como la enfermedad de la madre, ya que en este caso el padre o los hijos pueden suplir las funciones de la madre, lo cual incluso puede ocasionar un mejoramiento y desarrollo familiar al sensibilizar al padre con las funciones de la madre y hacer a los hijos más responsables.

Los apoyos que se reciben de los familiares son sumamente importantes dentro de cada cultura, ya que éstos abarcan tanto aspectos instrumentales (dinero, cuidado de los niños, entre otros) como afectivos (apoyo emocional, compañía, etc.). Al respecto resultan ilustrativos los hallazgos encontrados por Valdés.

Los amigos y otras personas significativas también pueden actuar como importantes apoyos de crisis. Valdés (2009) refieren que las mujeres que enfrentaban un proceso de apoyo, mencionaron que después de la familia, su fuente de apoyo más importante había provenido de los amigos y que éste era fundamentalmente un apoyo moral y emocional.

Existen varias teorías para explicar cómo se originan y enfrentan las mismas por parte de los individuos y las familias. En este sentido, las teorías más importantes son la de los eventos vitales, la cognoscitiva, la de afrontamiento y la de la reactivación de conflictos pasados.

Basulto Choza (2009), quienes al investigar la percepción que tenían las mujeres divorciadas acerca de los principales apoyos que habían tenido para manejar la separación, manifestaron que estos apoyos se originaron fundamentalmente dentro de la familia extensa y en especial en sus padres, abarcando tanto aspectos económicos como emocionales.

Uno de los factores que pueden inducir a una persona a la depresión es el entorno familiar, cuyas manifestaciones son variadas. La actitud que tiene la familia puede a un hecho puede influir a una persona si existe rechazo, odio, desamor, que obligan que poco a poco la depresión vaya creciendo, mucho peor si no tiene el apoyo de sus padres.

La familia es un lugar de génesis y desarrollo de la personalidad de los niños, mismo que influirá de manera directa en el comportamiento que tengan con su alrededor. Este factor es determinante en el desarrollo de la personalidad, pues en la familia se realiza el aprendizaje para la vida social, aprenderá a llevar todo tipo de acciones, pero si no existe este apoyo se convierte en una persona fácil de dominar, ser rechazado llevando a un aislamiento que influye a que la depresión gane más espacio.

### **2.3 Definición de familia**

Definición de la familia como:

Un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas tales como su estructuración única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género,

fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.(Broderick, 1993, pág. 29)

La familia en las últimas décadas ha conocido una serie de transformaciones de gran magnitud, que afectan no sólo a los aspectos demográficos (disminución del número de hijos, alargamiento de la vida de los padres y de la presencia de los hijos en el hogar familiar, con la consecuente postergación del matrimonio), sino también a las formas de organización familiar (disminución del número de hogares multifamiliares, aparición del divorcio y de las familias reconstituidas, incremento de las familias monoparentales y de las uniones consensuales o no matrimoniales).

A pesar de estas transformaciones, como señala Reher (1996), aún siguen reconociéndose en la familia rasgos que tienen siglos de antigüedad. Lograr una definición aceptable" de la familia se hace más difícil cuanto mejor se conocen, las variaciones históricas y culturales, así como también la realidad contemporánea de "formas familiares" alternativas o "acuerdos de vida domésticos".

Ante esta circunstancia, algunos autores han llegado a plantear que sería más correcto referirse a "las familias y no a "la familia". Además, la utilización del término "familias" puede suponer un estímulo y un apoyo para la aceptación de la diversidad y para la renuncia a atribuir una superioridad moral a una forma de familia frente a otras. Pensar en estos términos supondría aceptar en igualdad a las familias adoptivas, las familias monoparentales, las familias homosexuales, las familias cohabitantes o las familias reconstituidas.

Algunas definiciones de familia desde distintas orientaciones teóricas, según (Valdés, A., Ochoa, J. 2010, pág. 1-4)

- La teoría del conflicto: La familia, como todas las otras instituciones sociales, puede considerarse como un sistema dirigido hacia la regulación del conflicto. El conflicto en la familia es un reflejo del conflicto de clases en la sociedad, en la que la división del trabajo, fundamentada en el género en los matrimonios monógamos, constituye el primer conflicto de clases en la historia, donde la mujer es la clase oprimida y el hombre la clase opresora.
- El funcionalismo estructural: La familia es una estructura social que permite a sus miembros la satisfacción de sus necesidades, al tiempo que facilita la supervivencia y el mantenimiento de la sociedad.
- La teoría de los sistemas familiares: La familia es un sistema orgánico que lucha para mantener el equilibrio cuando se enfrenta a presiones externas.

- La ecología humana: La familia es un sistema de apoyo vital que depende de las características de los ambientes naturales y sociales en los que se encuentra inmersa.
- La teoría del desarrollo familiar: La familia es un grupo social intergeneracional, organizada sobre la base de normas sociales establecidas por el matrimonio y la familia, y que intenta mantener un equilibrio respecto de los continuos cambios que se suceden a lo largo del desarrollo de su ciclo vital.
- El interaccionismo simbólico: La familia es una unidad de personalidades en interacción.
- La teoría del intercambio: La familia es un conjunto de relaciones, en las cuales los individuos actúan para maximizar los beneficios.
- Las teorías feministas: La familia es un lugar de opresión y conflicto debido a la subordinación de las mujeres. La familia- es una "ilusión socialmente necesaria".
- La fenomenología: La familia es un modo de organizar el significado de las relaciones interpersonales.

Por tanto, es conveniente considerar la existencia de "familias", y tener presente que cada definición es consecuencia de una orientación teórica determinada, centra su atención en algunos aspectos concretos descuidando otros y aporta una explicación particular acerca del funcionamiento familiar.

## **2.4 Modelo Familiar**

El hombre sobrevive en grupos; esto es inherente a la condición humana. Una de las necesidades más básicas del niño es la figura de una madre que lo alimente, proteja e instruya. Además, el hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales. La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. En ese sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno: la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

La sociedad industrial urbana ha entrado por la fuerza en la familia, haciéndose cargo de múltiples funciones que en algún momento fueron consideradas como deberes familiares. La importancia del trabajo que solían realizar las mujeres ha sido reducida en forma drástica por la tecnología moderna, gracias a la cual las tareas necesarias para la vida de la unidad familiar son realizadas por

las máquinas con una mayor eficiencia. Las condiciones que permitan o que requieren que ambos cónyuges trabajen fuera de la familia crea situaciones en las que el sistema extra familiar, puede avivar y exacerbar los conflictos entre los esposos.

Junto a todos estos cambios, el hombre moderno sigue adhiriendo a una serie de valores que pertenecen a una sociedad diferente, una sociedad en la que los límites entre la familia y lo extra familiar están delineados con claridad. La adherencia a un modelo pasado de moda conduce a clasificar a muchas situaciones que son claramente transicionales como patológicas y patogénicas. No es sorprendente, entonces que todas las familias queden muy lejos de este ideal.

El mundo occidental se encuentra en un estado de transición, y la familia que siempre debe acomodarse a la sociedad. Se modifica conjuntamente con él pero, debido a las dificultades transicionales, la tarea psicosocial fundamental de la familia; apoyar a sus miembros, ha alcanzado más importancia que nunca.

Solo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de niños que no serán "extraños en una tierra extraña", que tendrán raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse.

La familia, como institución social, es poseedora de múltiples formas de organización o estructuras, y éstas se encuentran relacionadas a las condiciones socio económicas, políticos y culturales del entorno en el que tienen existencia. Es una unidad fundamental de convivencia entre un grupo de adultos y niños, un espacio donde podemos experimentar simultáneamente el sentirnos amados, protegidos y pertenecientes. El modelo familiar es el gestor del comportamiento de una persona desde niños y esta se manifestará en la etapa de la adolescencia, rechazando sus creencias o simplemente dejándola un lado. Es un factor que influye que una persona "sea fuerte" o "débil" al reaccionar ante situaciones que afecten sus estado de ánimo.

#### **2.4.1 Interrogantes de la familia de hoy**

El ideal a que aspira toda familia se formula de muchas maneras. Las familias, cuando acuden a la consulta, nos pueden preguntar varias cosas. Por ejemplo: ¿Qué hacer?: Piden orientación, piden asesoramiento. Esto, hoy día, puede estar en manos de un educador seriamente preparado en las técnicas de orientación familiar. Puede estar en manos del nuevo experto en Asesoría Familiar. Cómo hacer: Porque muchos saben qué hay que hacer. Y decir lo que hay que hacer también es fácil. La dificultad empieza al intentar su realización y ver que no todo es un camino fácil.

Reafirmar pautas: Quieren saber si lo que hacen es lo adecuado o mejor para ellos y los propios hijos: ¿lo estamos haciendo bien?, ¿podemos mejorar lo que hacen Los?, ¿cómo?...



Petición de ayuda: Cuando lo madurador, lo evolutivo, lo normal que se estanca, lo progresivo que no avanza, está amenazado. Cuando cualquiera de tales planos hace crisis, ya sea en uno de sus miembros, ya sea en todo el sistema familiar como totalidad... piden ayuda para curar a ese miembro enfermo que, todo sea dicho en honor de la verdad, no siempre es el verdadero enfermo, sino simplemente el que sufre las consecuencias de un contexto con escasos niveles de salud mental o educativa. O, en el segundo planteamiento, cómo reestructurar ese sistema familiar amenazado, débil, no sano y algunas veces un tanto enfermo.

Como se aprecia a simple vista, existen muchos interrogantes, muchas cosas amenazadas, muchas raíces ocultas. Cada familia habrá de reflexionar sobre sí misma para afrontar sus cosas concretas con una guía de observación que facilite la toma de conciencia sobre una realidad propia que permita plantear vías de solución y búsqueda de puntos de esperanza.

#### **2.4.2 Tipologías de familias**

Existe una gran variedad de familias, diferenciadas en torno a la distribución de las tareas asignadas a sus distintos miembros, los roles familiares, las estructuras de poder o el funcionamiento familiar.

En primer lugar, se debe señalar que la existencia de importantes diferencias demográficas, económicas y culturales refleja la existencia de grandes diferencias en cuanto al modo de formar y desarrollar una familia. Así" en los países con mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad infantil, mayores niveles de educación y mayor incorporación de la mujer al mundo laboral, el rol de la mujer no se define exclusivamente por su lugar en la familia, posponiéndose tanto el matrimonio como la maternidad. En países con una esperanza de vida menor, mayor mortalidad infantil, menor educación y una economía basada en la agricultura, el rol social de la mujer se define en términos de matrimonio y de cuidado de los hijos, puesto que cualquier otra opción la independencia económica, el acceso al trabajo, la educación supone para ellas enormes dificultades.

En segundo lugar, las familias occidentales han experimentado una importante transformación en las últimas décadas. En concreto, se observa que la proporción de hogares que representan el modelo de familia nuclear "clásico" de padre, madre y, al menos un hijo han disminuido considerablemente, al tiempo que se ha impuesto el modelo de la diversidad familiar.

#### **2.4.3 Diversidad de formas familiares**

Las familias nucleares: Este tipo de familia está compuesto por un hombre y una mujer unidos mediante matrimonio, y sus hijos aunque es el tipo de familia más frecuente en Europa, está dejando de ser considerada como el único.

La cohabitación: se trata de la convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio, se denominan también "parejas de hecho". Su implantación difiere en los distintos países europeos, siendo bastante frecuente en Suecia y Dinamarca y menos habitual en Irlanda y en Europa meridional. En ocasiones este modo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio.

Los hogares unipersonales se trata de hogares compuestos por una sola persona. Su número está creciendo cada vez más, de hecho el 33'9% de los hogares alemanes está formado por una sola. Ahora bien, el significado de vivir solo es muy diverso dependiendo de que se sea joven, adulto, anciano, mujer u hombre. *"Vivir solo a diferentes edades se corresponde con posiciones familiares diferentes: los jóvenes son en su mayoría, solteros; los adultos, separados o divorciados, y los ancianos, viudos"* como lo afirma (Zanatta, 1997, pág. 135).

Las familias monoparentales: Este tipo de familia puede definirse como aquella constituida por un padre o una madre que no vive en pareja entendiendo por pareja la casada o cohabitada. Puede vivir o no con otras personas, amigos o los propios padres y vive con al menos un hijo menor de dieciocho años.

Las familias reconstituidas: La familia reconstituida corresponde en casi todos los países de la Unión Europea al tercer tipo de familia más frecuente, aunque su porcentaje sea considerablemente menor al que registran las familias "completas" y las familias monoparentales. En su significado original, se refiere a la familia que, rota después de un divorcio se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y su nuevo cónyuge.

De hecho, formas familiares que resultaban excepcionales hace treinta o cuarenta años son cada vez más habituales y existe una percepción menos negativa de estas formas familiares alternativas. Así, el número de parejas de hecho" se ha incrementado notablemente en, los últimos años, aunque su incidencia sea todavía menor que en otros países y, sobre todo, la imagen social de esta forma de convivencia sin matrimonio es ahora mucho más favorable que hace un par de décadas. Esta transformación en la percepción social de la cohabitación se ha producido no sólo en las generaciones más jóvenes, sino también en las más mayores. Por otra parte, a la hora de considerar las causas de estas transformaciones son múltiples los factores que pueden destacarse, cambios sociales, económicos, legales, demográficos y culturales.

Estos factores, además, no son totalmente independientes sino que, por el contrario, están interrelacionados. La presencia en el mundo laboral de un importante número de mujeres casadas y la permanencia de los hijos en el hogar paterno hasta edades cada vez más avanzadas merecen una especial atención. Por una parte el incremento del número de mujeres casadas que permanecen en el mundo laboral, ocupando un amplio rango de ocupaciones y durante un intervalo de edad

bastante superior al de cualquier otro momento histórico, ha supuesto importantes cambios en la estructura y el funcionamiento familiar.

En concreto, ha dado lugar a una categoría de hogar con dos proveedores económicos, familias de carrera dual, y no uno, como sucedía décadas atrás'. Además, el trabajo de la mujer fuera del hogar influye en las relaciones de poder de la pareja y en la distribución de tareas en el hogar, está muy relacionado con el hecho de que la mujer posponga su maternidad y, con frecuencia, genera un conflicto de roles o de obligaciones. Además, el trabajo "extra doméstico" de las mujeres casadas está dando lugar, en muchas ocasiones, al desarrollo de importantes redes de apoyo intergeneracional al asumir los abuelos un importante papel en el cuidado de sus nietos.

## **2.5 La familia en el contexto actual**

La familia varía, se transforma, se adapta, se reinventa y, sobre todo, perdura. En este sentido, resulta sorprendente que una institución de la que se ha dicho tantas veces que estaba en crisis, y "condenada al fracaso y la extinción" perviva. Y no sólo pervive, sino que parece constituir un elemento central de la organización de nuestras vidas y de nuestro bienestar.

Para la mayoría de las personas la familia es el primer contexto socializador y, aunque no es el único, sí es el primero a través del cual se adquieren los elementos distintivos de la propia cultura, los valores y las creencias que la caracterizan, la información acerca del modo en que se estructuran las relaciones sociales en la sociedad, el modo en que hay que comportarse en cada situación e, incluso, el modo en que se llega a pensar y sentir sobre uno mismo. La familia continúa siendo el lugar principal en el que se produce la procreación, la crianza y la socialización de los hijos y, de hecho, el estudio de los distintos procesos de socialización familiar, su contenido, sus diferencias culturales y los distintos efectos que cada estilo de socialización familiar tiene en los hijos ha sido objeto de una atención preferente por parte de los científicos sociales.

Sin embargo, la importancia de la familia no se reduce a la socialización de los hijos, sino que a lo largo de toda la vida la familia suele ser la principal fuente de apoyo. Aunque las relaciones familiares no están exentas de conflictos, la familia es el primer lugar al que se recurre en busca de ayuda de tipo material y emocional.

Así, por ejemplo, ante una situación de necesidad económica se suele recurrir a familiares y en una situación de enfermedad los cuidados suelen ser proporcionados por los miembros de la familia. En casos de separación matrimonial, los miembros de la pareja suelen buscar el apoyo financiero y emocional en la familia de origen, y en el momento del nacimiento de un hijo la nueva madre suele pedir la ayuda de los familiares más cercanos, generalmente de su propia madre. El afecto y el

apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial.

Mantener una buena relación armoniosa en el contexto es ha transformado en la actualidad en una lucha diaria donde es necesario satisfacer cada una de la demandas que se presenten (hijos a padres). La familia moderna tienden a tener dificultades al tratar de satisfacer cada una de las inquietudes que surgen, es una sociedad relacionada con lo económico donde hay demanda de aparatos tecnológicos que puede acercar o alejar al padre (si adquiere un aparato o si no niega).

Si bien algunas personas logran su satisfacción hoy al ser una sociedad más abierta los jóvenes al no contar con el apoyo de sus padres (trabajan) tratan de crear su propias forma de actuar sin que exista una regulación, haciendo que los hijos en varios casos tomen el control, pero en otros que los hijos sean reprimidos hasta el punto que vivan asilados de los demás, por evitar represalias de sus padres.

### **2.5.1 Funciones de la familia**

El sistema familiar cumple ciertas funciones necesarias para su supervivencia que están relacionadas con la perpetuación de la cultura y de la sociedad en las que se inscribe. Algunas de las formas de describir y definir las funciones familiares son las siguientes:

- a) Los miembros de la familia pretenden mantener la integridad de ésta como una entidad separada por medio de un soporte económico y ofrecer a sus miembros seguridad física y un sentimiento de pertenencia.
- b) La familia ayuda a sus miembros a desarrollar una personalidad eficaz y una adecuada adaptación social.
- c) La familia es el medio y el contexto principal en que los sentimientos alcanzan su máxima expresión. En ella se expresan el afecto y la filiación tanto como el desagrado y el rechazo.
- d) La familia establece una serie de mecanismos que permiten el control de la conducta y la socialización de los niños. Es lo que comúnmente se denomina técnicas de disciplina o prácticas educativas familiares.

(Rodrigo y Palacios ,1998) presentan las siguientes funciones de la familia:

1. Como agente de crianza socialización de los hijos, lo que significa ser padre y madre:
  - a) Poner en marcha un proyecto vital educativo que supone un largo proceso que empieza con la transición a la paternidad y la-maternidad continúa con las actividades de crianza y socialización de los hijos pequeños, sigue con el sometimiento y apoyo de los hijos durante

la adolescencia, con la salida de los hijos fuera del hogar y finalmente con un nuevo encuentro con los hijos a través de sus nietos.

- b) Adentrarse en una intensa implicación personal y emocional.
- c) Llenar de contenido ese proyecto educativo durante todo el proceso de crianza y educación de los hijos.

**2. Funciones de la familia cuando se considera a los padres como sujetos que están en proceso de desarrollo:**

- a) Escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismas, y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes. Gran parte del secreto de dicho bienestar está relacionado con la calidad de las relaciones de apego que las personas adultas han tenido desde su niñez.
- b) Es un escenario de preparación donde se aprende a afrontar retos, así como a asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social. La familia es un lugar donde encontrar el suficiente empuje motivador para afrontar el futuro.
- c) Escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte vital formando un puente hacia el pasado (la generación de los abuelos) y hacia el futuro (la generación de los hijos). La principal "materia" de construcción y transporte entre las tres generaciones es, por una parte, el afecto y, por otra, los valores que rigen la vida de los miembros de la familia y sirven de inspiración y guía para sus acciones.
- d) Red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.

**3. Funciones básicas de la familia en relación con los hijos:**

- a) Asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización,
- b) Aportar a los hijos un clima de afecto y apoyo sin el cual el desarrollo psicológico sano no resulta posible. Este clima implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.

Aportar a los hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente, con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.

Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño o la niña. La familia actúa como llave que abre las puertas de otros contextos socializadores complementarios.

## **2.6 Desarrollo de la identidad**

La identidad hace referencia a la consideración que tiene cada persona de sí mismo como ser único y diferente. Implica, por tanto, tener un concepto propio (auto concepto y autoestima). Existe una relación evidente entre la autoestima y el bienestar psicosocial. Las personas con una autoestima más favorable confían más en sus capacidades, afrontan con mayor facilidad situaciones difíciles y muestran mejor ajuste psicosocial. En el caso de los niños y adolescentes, una adecuada autoestima se ha relacionado con un mayor rendimiento académico, mejores relaciones con sus iguales y con los profesores, menos problemas de conducta agresiva y disruptiva, menor implicación en el consumo abusivo de sustancias y, en general, menos problemas de tipo psicosocial.

Dos aspectos del ámbito familiar se relacionan con la autoestima de los hijos.

Por un lado, la importancia del apego y del vínculo inicial con la madre, padre o cuidador principal. Por otro lado, la relevancia de los estilos de socialización que implican la transmisión de afecto y apoyo al hijo. En relación con el primer aspecto, son sobradamente conocidos los trabajos de Bowlby y de Ainsworth en los que se relaciona el tipo de apego o vínculo inicial del bebé con su posterior desarrollo afectivo y social. En este sentido, parece que cuando el niño siente una carencia de afecto, o un alto grado de ansiedad o desapego por parte de la madre, puede interiorizar que él es una persona poco valiosa y que no merece cariño y amor. Por el contrario, si existe un adecuado vínculo afectivo (un apego seguro) entre el niño y sus padres, aquél aprenderá a confiar más en ellos, y también en sí mismo y en su propia valía.

La percepción que los hijos tienen del apoyo de sus padres parece tener consecuencias directas en su autoestima. Este apoyo, expresado en forma de afecto, empatía y comprensión, cuando es sincero y se percibe como incondicional, lleva al hijo a sentir que es aceptado como persona, más allá de las conductas concretas que pueda desarrollar.

## **2.7 Socialización familiar**

Sin duda, una de las funciones principales de la familia es la socialización de los hijos. La socialización puede definirse como el proceso mediante el cual las personas adquieren los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas en la sociedad a la que pertenecen. El período

de la infancia niñez y adolescencia es fundamental en este proceso y, en consecuencia, la familia es un lugar especialmente privilegiado para la transmisión de estos elementos culturales. Sin embargo, hay que tener presente que la socialización es un proceso que dura toda la vida y que, en cierto modo, también los padres son socializados por los hijos.

Específicamente, dentro del análisis de la socialización familiar dos cuestiones son inseparables, el análisis de qué se socializa y de "cómo" se socializa. En el qué; intervienen elementos sociales y culturales que se aprenden en la familia y los valores, que tratan de transmitir los padres a sus hijos. En el "cómo" intervienen las diferentes estrategias que los padres utilizan para inculcar a sus hijos unas normas y valores determinados, y para conseguir un control de su conducta. Es decir, los diferentes estilos de socialización.

Las relaciones familiares las determinan los padres y todos los miembros de la familia. Los niños, aunque nacen indefensos y desconocedores de las pautas sociales, ejercen desde un principio cierto grado de influencia en el modo concreto en que se desarrollará su proceso de socialización y pueden influir en los propios valores de los padres. Los hijos influyen también en los padres a través de los elementos que asimilan de otros agentes de socialización. Además, es probable que este proceso sea, en cierto modo, circular y cada vez más acentuado. Un estilo paterno caracterizado por el razonamiento y el afecto dará lugar, generalmente, a unos hijos también más receptivos a las conductas paternas de apoyo; mientras que un estilo paterno en el que predomine la violencia dará lugar a unos hijos cada vez más difíciles y, probablemente, más violentos (tanto en la familia como fuera de ella). El círculo de violencia familiar puede ser iniciado, incrementarse de forma progresiva y llegar a convertirse en la norma de conducta de la familia.

### **2.7.1 Familias con Problemas**

Según Linares (1994) la expresión familia multiproblemática aparece por primera vez en referencia a familias que poblaban guetos de las grandes ciudades en las que proliferan las drogodependencias, la conducta criminal o delincuente, los malos tratos, el paro, etc.

Aza (2003) en la revisión que realiza del término continúa aportando datos interesantes de la evolución del concepto, comentando que en los sesenta hubo una auténtica avalancha de publicaciones sobre esta tipología familiar.

Las familias son consideradas verdaderas expertas en obtener prestaciones de distintos organismos de gestión comunitaria y se resaltan sus aspectos deficitarios y carenciales. Las aportaciones de Minuchin y Montalvo son indispensables en el acercamiento al concepto. Estos autores se oponen a la idea de "el mito de pobreza como sinónimo de desorganización", y clasifican a las familias en desventaja social en dos categorías:

Familia desconectada: caracterizada por nexos de relación entre los miembros débiles o inexistentes, límites poco definidos y permeables, escasa implicación emocional y déficit en la autonomía.

Familia enredada: caracterizada por la estrecha relación entre sus miembros; los intentos de alguno de ellos por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria por parte de los demás. Así presentan dificultades en el desarrollo de la individualidad, derivadas de la dificultad que encuentran los miembros para distanciarse de la familia.(Aza, 2003, pág. 175)

En las décadas siguientes y hasta nuestros días se ha venido utilizando el concepto de familia multiproblemática para referirse a aquellas familias en las que varios miembros manifiestan malestar personal y social y están en contacto con varios servicios para solicitar ayuda que en ocasiones se transforma en intervenciones múltiples.

Suelen ser familias numerosas con problemas de habitabilidad, ocupacionales y de inadaptación, o familias en las que intervienen varias agencias a las que se dirigen con solicitudes amplias y diversificadas Malagoli, (1987). Casi todos los problemas específicos individuales como las toxicomanías, la delincuencia o el maltrato infantil se interpretan como consecuencias derivadas de situaciones de vida extremas y de la presencia de dificultades sociales.

Aza (2003) plantea que realmente existe un serio problema terminológico en la literatura especializada en el intento de definir las familias multiproblemáticas. Se las denomina en ocasiones familias desorganizadas y desfavorecidas. Las familias multiproblemáticas no son diferentes al resto de las familias "no problemáticas" y no hay que caer en el grave error de centrar excesivamente el análisis de sus problemas en las condiciones inherentes a la pobreza. Estas familias, además de atravesar crisis, tensiones, problemas y patologías individuales, familiares y sociales diversas, carecen de recursos y de redes sociales. Estas múltiples fuentes de estrés agotan la capacidad para resolver los conflictos y responder adecuadamente a sus problemas.

En la sociedad desarrollada, al analizar e intervenir sobre los problemas familiares, se centra en el análisis la marginación social y se concede un peso importante, a veces incluso excesivo, a la carencia de recursos económicos. Sin embargo, hay que evitar centrar las causas en su propia condición de pobreza, porque obviamente ser pobre no es sinónimo de desorganización, disfuncionalidad o patología. La representación social de los problemas de las familias en la sociedad occidental actual, además de vincularse con la pobreza, son causa y consecuencia de factores asociados a la desigualdad de oportunidades.

Para ayudar a las familias con problemas es necesario que se ponga el acento en el funcionamiento individual, en el familiar y en la ayuda económica, desde luego, pero sin olvidar las influencias



meso, sexo, y macrosistémicas. Al analizar las familias con problemas hay que poner el acento en la complejidad de la estructura social responsable, identificando las causas y factores que se generan en la relación mesosistémica, en las influencias exosistémicas y en la organización social, política, económica y cultural del microsistema. Sólo se encontrará una respuesta para ayudar a las familias desde programas integrales, facilitando y proporcionando ayuda en todas las dimensiones, minimizando y contrarrestando los factores de riesgo, y a la vez potenciando y desarrollando los factores de compensación.

Esta propuesta se centra en la importancia del análisis de los factores de riesgo y de compensación presentes en los sistemas; se subraya la interacción del macrosistema con el resto de estructuras sistémicas, en dirección descendente, de arriba abajo y se pone el énfasis en el diseño de un método de intervención y de un programa de mediación social que contemplen la ayuda a la familia en su concepción más integral posible.

Desde este enfoque, al analizar la familia con problemas, se otorga importancia al peso significativo de los factores de riesgo presentes en el nivel social, sin olvidar el nivel familiar y el individual. Además de los factores relacionados con la pobreza, se identifica la presencia de otros factores de riesgo que, asociados a la estructura social, determinan la aparición de los problemas familiares. Por ejemplo, se concede importancia a la influencia del aislamiento social, a la discriminación por razón de sexo, raza y edad, a la "no-integración" social que se deriva de cualquier diferencia por razones físicas, psíquicas o sociales, al racismo, a la intolerancia, etc.; fenómenos sociales que contienen importantes factores de riesgo, que inducen y conllevan sufrimiento y que, en numerosas ocasiones, desencadenan psicopatologías sociales familiares graves. Son factores que están presentes en la estructura social y que tienen un peso igual de significativo que la pobreza.

## **2.8 Familias multiproblemáticas o familias con problemas**

### **2.8.1 La vulnerabilidad y el riesgo social**

Después de haber examinado las connotaciones del término familias multiproblemáticas, puede resultar más precisa y menos estigmatizadora hablar de la familia y sus problemas. Porque definir a las familias como multiproblemáticas es etiquetar y clasificar a la familia en una tipología y conceptualización negativas, difíciles inabordables. Todas las familias presentan problemas, todas atraviesan momentos de crisis y conflictos y excepcional es la familia que no solicita ayuda (formal o informal) en algún momento de su ciclo vital.

Sin embargo algunas familias suelen estar en situaciones de riesgo social y vulnerabilidad. Para situar el concepto de riesgo social hay que referirse a los sistemas democráticos, a la capacidad de controlar y dirigir las nuevas demandas y procesos sociales y a la total inclusión del bienestar en el

marco político. El bienestar social adquiere su máximo exponente de referencia en la estructura macrosistémica, aportando desde su forma de hacer política las condiciones y las bases de los estados democráticos evolucionados. El bienestar social de las personas y de sus familias en el sistema de protección social se evalúa a partir de una serie de indicadores dinámicos, definidos en función de las áreas del desarrollo humano (alimento, vivienda, salud, educación, trabajo, libertad, afecto, autorrealización. etc.).

En este sentido, Casas (1998) defiende que al tratar de analizar realidades sociales y psicosociales complejas, conceptualizadas a partir de términos abstractos, para la medición y evaluación de las situaciones sólo se dispone de datos aproximativos a la realidad, es decir, indicadores.

Como afirma (Casas, 1998, pág. 82) *“hay personas y familias que debido a las circunstancias que han vivido o viven tienen más probabilidad (riesgo) de padecer una situación social negativa y esto de por sí les convierte en vulnerables”*. El riesgo se reconoce también como una circunstancia social resultante de una dinámica social en el seno de una comunidad. Casas considera que a menudo las personas más afectadas por una crisis son aquellas que no son capaces de pedir ayuda. Establece la siguiente clasificación:

- 1.- Crisis familiares cuya base radica en dificultades de carácter material o físico. El paro continuado o una enfermedad grave o larga puede llevar a una crisis.  
Las familias con recursos humanos limitados son mucho más vulnerables a estas situaciones (por ejemplo, las familias monoparentales o las familias sobrecargadas de responsabilidades). Cuando estas familias no reciben el apoyo social adecuado, generan sentimientos adicionales de aislamiento y exclusión social. Entonces la crisis puede dar paso a problemas cada vez más graves: depresión, alcoholismo, etc.
- 2.- Crisis que arrancan de unas relaciones en conflicto con el entorno social circundante: Los prejuicios por pertenencia a algún tipo de minoría, el etiquetaje social (ser considerado ex presidiario, drogadicto, portador de enfermedades contagiosas, etc.), o el estigma son ejemplos que pueden llevar a la marginación social. También hay que considerar en este apartado socio entornos donde imperan la violencia o las formas de vidas estresantes o delictivas, por su contribución al malestar psíquico individual o familiar.
- 3.- Crisis que aparecen por las relaciones en conflicto dentro del sistema familiar, todo tipo de violencia o abuso intrafamiliar, físico, psíquico o sexual, puede dejar secuelas en sus miembros. A veces estas crisis se repiten de forma regular o incluso se hacen crónicas.

La mayoría de los estudios describe la situación de riesgo social como la presencia de un factor o factores que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada situación o conducta poco

adaptativa, se supone que la presencia de factores de riesgo predispone, o al menos puede favorecer a la aparición del problema no deseado.

Definición de riesgo: La relación de datos generales impersonales o factores (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables, (Castet, 1981).

**Definición de factor de riesgo:** "Es un concepto que se refiere a determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales, medidas mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales), que acordes con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan probabilísticamente en los antecedentes o las situaciones asociadas o implicadas, con la emergencia de diferentes problemáticas o necesidades sociales, (Casas, 1994).

En este sentido, se observa que el riesgo social en los estudios e investigaciones realizadas con familias se ha utilizado para definir tanto situaciones de extrema pobreza y marginación, como situaciones de violencia familiar, o situaciones familiares donde se detecta la presencia de problemas en los niveles de funcionamiento personal (toxicomanías, alcoholismo, salud mental, prostitución, etc.). También son numerosas las investigaciones que han estudiado las características de los padres que maltratan, las de los niños maltratados, las interrelaciones entre los progenitores y entre los padres y los hijos e hijas, el estrés en la unidad familiar, la existencia o no de apoyo social, las variables de la estructura social (pobreza, madres solas, movilidad social, etc.) y los factores culturales que limitan el sentido de responsabilidad comunitaria hacia la infancia y los problemas sociales.

También desde el ámbito de la política social, desde donde se plantea una promoción del bienestar social, se recoge esta abstracción acerca de lo que supone una situación de riesgo social en las familias. Ya en la exposición de intenciones se observa que entre sus propuestas se cita, en las diferentes Leyes Autonómicas de Servicios Sociales la necesidad, de incidir en la vigilancia, control y especial atención hacia los grupos, personas y familias en situación de riesgo social y se define que los servicios encargados de velar por la protección de la familia y núcleos de convivencia donde se detecten situaciones carenciales de déficit, marginales de desventaja social.

Así encontramos que la presencia de factores de riesgo en cualquiera de los niveles del desarrollo (individual, familiar y social) sitúa a las personas y a las familias en una situación de vulnerabilidad social. La condición de vulnerabilidad se relaciona también con la ausencia de recursos personales, familiares y sociales con el déficit en la construcción y adquisición de estrategias y habilidades y con la dificultad de manejarlas en el transcurso de la vida. Esta vulnerabilidad social no está completamente determinada por la pertenencia a un estrato social o condición económica en concreto. Numerosas familias son vulnerables en determinados momentos del transcurso de la vida;

situaciones de estrés, conflictos no resueltos y cambios vitales pueden quebrantar y modificar estructuras aparentemente equilibradas.

## **2.9 El depresivo y su familia**

Considerando que el crecimiento y desarrollo de cada uno de los miembros de la familia debe ser una prioridad en la misma, una de las funciones de la familia debe estar encaminada a promover cambios que estimulen y posibiliten mayor expansividad de cada miembro, así como mayor capacidad de desarrollo, mejores opciones de crecimiento y el surgimiento de alternativas de cambio que tengan un adecuado impacto en todos y cada uno de los integrantes.

Al respecto, (Valdés et al. 2007) refieren que estos cambios abarcan ajustes en los límites, reglas, alianzas y normas entre los miembros de la familia, los cuales están determinados por factores sociales, mismos que facilitan el ajuste de la misma a su contexto.

Lo anterior induce a pensar que cuando existen miembros del sistema familiar que fallan en su capacidad educativa, formadora y desarrolladora, comienza de forma indiscutible un proceso de deterioro, desajuste y conflictos, que generalmente culminan con la aparición de uno o varios miembros con problemas y dificultades en su adaptación y en su inserción a las cambiantes condiciones que se van presentando.

En la gran mayoría de las familias, la presencia de un miembro depresivo produce un estancamiento que ocasiona que se detenga su desarrollo como tal, y que impida, incluso, el desarrollo de otros miembros.

Ante un problema de depresión, todos los integrantes de la familia, en mayor o menor medida, entran en la fase de no cambio. Se inicia el ciclo de la culpabilidad y la familia se engancha en todos los problemas que el depresivo tiene, en el deterioro de los valores esenciales de sustento familiar, sin darse cuenta de que los demás miembros de la familia, en su afán de parar la escalada de dificultades de toda índole que está promoviendo el enfermo, permiten y admiten que éste haga lo que exige su voluntad.

Todo eso culmina en una patología familiar. Otro acontecimiento visible y sumamente doloroso en el sistema familiar son las manifestaciones de violencia ante el descontrol, el exceso de ira, culpa, remordimientos, resentimientos y confusiones; los sentimientos encontrados entre los diversos miembros, y las reacciones de agresividad, que incluyen desmedidas conductas violentas y demás acciones de los miembros para enfrentar o ayudar al depresivo y a todas las situaciones y acontecimientos que genera, además de todas sus conductas asociadas, desatinadas, que por lo general también son negativas.

### **2.9.1 Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y este obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él y quién es él en relación con ella, en ese contexto y en ese momento. Las operaciones repetidas en esos términos constituyen una pauta transaccional.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo.

El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. A menudo, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas permanecen -como un piloto automático- en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional.

De ese modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas.

Pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad, (Boszormenyi, I y Spark, G, 1973, pág. 256).

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continúa de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las diadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano mayor, hermano menor, esposo, padre, y así sucesivamente. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias. Las personas se acomodan en forma de caleidoscopio para lograr la reciprocidad que posibilita las relaciones humanas. El niño debe actuar como un hijo como su padre actúa como un padre; y cuando el niño lo hace es posible que deba ceder el poder del que disfruta cuando interactúa con su hermano menor. La organización en subsistema de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado «yo soy», al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

Límites: Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. Por ejemplo, el límite de un subsistema parental se encuentra definido cuando una madre (M) le dice a su hijo mayor: «No eres el padre de tu hermano. Si anda en bicicleta por la calle, dímelo y lo haré volver» (**fig. 1**).

$$\frac{M}{\text{hijos}} \text{ (subsistema ejecutivo)}$$

**Figura.1**

Si el subsistema parental incluye un hijo parental (HP) el límite es definido por la madre que le dice al niño: «Hasta que vuelva del almacén, Annie se ocupa de todo» (**fig. 2**).

Fig. 3

$$\frac{M \text{ y } HP}{\text{otros hijos}} \text{ (subsistema ejecutivo)}$$

**Figura. 2**

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Por ejemplo, la capacidad para acomodación complementaria entre los esposos requiere la libertad de la interferencia por parte de los parientes políticos y de los hijos y, en algunos casos, por parte del medio extra familiar.

### **Límite claro**

Límite difuso

Límite rígido

=asociación

— **II** — **conflicto**

Coalición

=>rodeo

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de sub-sistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura. Un subsistema parental que incluye a una abuela o a un hijo parental puede funcionar perfectamente bien, siempre que las líneas de responsabilidad y de autoridad se encuentren definidas con nitidez.

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de ese tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de estrés. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos.

La comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites sumamente rígidos, por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

En términos humanos, aglutinamiento y desligamiento se refieren a un estilo transaccional, o de preferencia por un tipo de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. La mayor parte de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados. Es posible que el sub-sistema madre-hijo tienda hacia el aglutinamiento frente a los niños. La madre y los niños más pequeños pueden aglutinarse hasta un punto tal como para determinar que el padre sea periférico, mientras el padre asume una posición más comprometida con los hijos mayores. Un subsistema padre-hijo puede tender hacia el desligamiento a medida que los niños crecen y, finalmente, comienzan a separarse de la familia.

Las operaciones en los extremos, sin embargo, señalan áreas de posible patología. Un subsistema de madre e hijo sumamente aglutinado, por ejemplo, puede excluir al padre que se convierte en excesivamente desligado. El consecuente debilitamiento de la independencia de los niños puede constituir un importante factor en el desarrollo de síntomas.

Los miembros de subsistemas o familias aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomos de los problemas. En los niños, en particular, el desarrollo cognitivo-afectivo se ve así inhibido. Los miembros de subsistemas o familias desligados pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan.

En otras palabras, un sistema próximo al extremo desligado del continuum tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros, pero los estreses que afectan a uno de los miembros de la familia no atraviesan sus límites inadecuadamente rígidos. Solo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia. En el extremo aglutinado del continuum, se observa lo contrario. La conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas.

Ambos tipos de relación provocan problemas familiares cuando se ponen en marcha mecanismos adaptativos. La familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad. La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. En una familia aglutinada los padres pueden verse sumamente afectados porque un hijo no come el postre.

**El subsistema conyugal.** El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua, es decir que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido, tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. La aceptación de la mutua interdependencia en una relación simétrica puede encontrar obstáculos originados en la insistencia de los cónyuges en sus derechos a la independencia.



El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante los estreses externos y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. En el proceso de acomodación mutua, los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecían latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno, pero las parejas también pueden estimularse mutuamente los rasgos negativos. Los cónyuges pueden insistir en mejorar o preservar a su pareja y, a través de ese proceso, descalificarla, en lugar de aceptarla como es, imponen nuevos estándares que deben lograrse.

Esas pautas negativas pueden existir en las parejas corrientes sin que ello implique una patología grave o motivaciones malevolentes en ninguno de sus miembros. Si un terapeuta debe enfrentar una pauta que funcione en forma negativa, debe tener en cuenta la necesidad de enfrentar el proceso sin atacar las motivaciones de los participantes. El terapeuta debe realizar interpretaciones que subrayen la reciprocidad, tales como: proteger a su mujer de un modo que la inhibe, y suscita una protección innecesaria de su esposo con gran habilidad. Una interpretación consecutiva de este tipo subraya la complementariedad de los sistemas, los aspectos positivos y negativos de cada cónyuge, y elimina implicancias valorativas de motivación.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio -un refugio que pueden proporcionarse mutuamente, un sostén emocional-. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Pero si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema.

En términos humanos simples, marido y mujer se necesitan mutuamente como refugio ante los múltiples requerimientos de la vida. En terapia, esta necesidad obliga a que el terapeuta proteja los límites que rodean al subsistema conyugal. Si en una sesión familiar los hijos interfieren en las relaciones del subsistema conyugal, se debe anular esta interferencia. Es posible realizar entonces sesiones entre marido y mujer excluyendo a los otros miembros, si en esas sesiones estos siguen discutiendo acerca de los problemas de sus hijos en lugar de referirse a las relaciones marido-mujer, es conveniente que el terapeuta señale entonces que están franqueando un límite.

**El subsistema parental.** Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar, en una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Hay que trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales, algunas parejas que se manejan correctamente como grupo de dos nunca logran realizar una transición satisfactoria a las

interacciones de un grupo de tres. En algunas familias es posible que se incorpore al niño al marco de los problemas del subsistema conyugal, tal como le ocurrió a Emily Wagner.

A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación, imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. El niño comienza a tener contacto con compañeros extrafamiliares, la escuela, y otras fuerzas socializantes exteriores a la familia, el subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Si el niño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no solo su relación con sus padres sino, incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal.

La autoridad incuestionada que caracterizó en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental ha desaparecido y fue reemplazada por el concepto de una autoridad flexible, racional. Se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen. El ser padre es un proceso extremadamente difícil, nadie lo desempeña a su entera satisfacción, y nadie atraviesa el proceso incólume. Es probable que ello haya sido imposible en todas las épocas, en mayor o menor grado, en la sociedad actual, compleja, de rápido desarrollo, en la que las brechas generacionales corresponden a intervalos cada vez más pequeños, las dificultades de ser padre se han incrementado.

Los procesos que corresponden a ello difieren según la edad de los niños, cuando estos son muy pequeños, predominan las funciones de alimentación. El control y la orientación asumen una mayor importancia luego, a medida que el niño madura, especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad; la relación de paternidad se convierte en un proceso difícil de acomodación mutua.

Para juzgar en forma adecuada a los participantes, es esencial comprender la complejidad del proceso de educación del niño, es imposible que los padres protejan y guíen sin, al mismo tiempo, controlar y restringir. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar, el proceso de socialización es inevitablemente conflictivo. Toda intervención del terapeuta que enfrenta un proceso disfuncional entre los padres y los hijos debe, al mismo tiempo, apoyar a sus participantes.

La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Las proporciones de estos elementos dependen de las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres, pero la relación requiere el uso de la autoridad. Los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo.

Los hijos y los padres, y en algunos casos los terapeutas, describen frecuentemente al ideal familiar como una democracia, pero consideran en forma errónea que una sociedad democrática, es una sociedad sin líderes o que una familia es una sociedad de iguales. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental, ello se convierte en un laboratorio de formación social para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El apoyo del terapeuta al subsistema parental puede entrar en conflicto con el objetivo terapéutico de apoyar la autonomía de los hijos, en esas situaciones el terapeuta debe recordar que sólo un subsistema parental débil instaura un control restrictivo, y que ese control excesivo se presenta por lo general cuando el control es ineficaz. El apoyo a la responsabilidad y a la obligación de los padres para determinar las reglas de la familia estimula el derecho y la obligación del niño de crecer y desarrollarse en forma autónoma. La tarea del terapeuta consiste en asistir a los subsistemas para que negocien y se acomoden mutuamente.

**El subsistema fraterno.** El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir, aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar las apariencias cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas. En las familias amplias, el subsistema fraterno posee otras divisiones, ya que los hijos más pequeños, que se mueven aún en las áreas de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, se diferencian de los niños mayores que realizan contactos y contratos con el mundo extrafamiliar.

Cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de sus iguales extrafamiliares, intentan actuar de acuerdo con las pautas del mundo fraterno, aprenden formas alternativas de relación, incorporan las nuevas experiencias al mundo fraterno. Si la familia del niño posee modalidades muy particulares, los límites entre la familia y el mundo extrafamiliar pueden convertirse en excesivamente rígidos; es posible, entonces, que el niño enfrente dificultades para incorporarse a otros sistemas sociales.

La significación del subsistema fraterno se observa con mayor claridad en caso de su ausencia, los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, que pueden manifestarse en un desarrollo precoz, al mismo tiempo, pueden mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía y la capacidad de compartir, cooperar y competir con otros.

Un terapeuta debe conocer las necesidades del desarrollo de los niños y debe ser capaz de apoyar el derecho del niño a la autonomía sin minimizar los derechos de los padres, los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración. En diferentes etapas de su desarrollo los niños poseen diferentes necesidades, capacidades cognitivas particulares, y sistemas de valores propios. En algunos momentos, el terapeuta debe actuar como traductor, interpretando el mundo de los niños para los padres o viceversa. También es posible que deba ayudar al subsistema a negociar límites claros aunque no rígidos con el mundo extrafamiliar. Si el niño se ve atrapado en una red de excesiva lealtad familiar, por ejemplo, el terapeuta debe actuar como puente entre el niño y el mundo extrafamiliar.

### **2.9.2 Adaptación de la familia**

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad.

En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables, es posible que al concentrarse en la dinámica familiar, los terapeutas familiares minimicen este proceso, del mismo modo en que el terapeuta dinámico puede minimizar el contexto del individuo. El peligro de esta actitud es el excesivo énfasis en la patología, asilos procesos transicionales de adaptación a nuevas situaciones, en los que predomina la falta de diferenciación y la angustia que caracteriza a todos los nuevos procesos, pueden ser considerados erróneamente como patológicos. Sin embargo, el enfoque de la familia como un sistema social en transformación esclarece la naturaleza transicional de determinados procesos familiares.

Requiere una exploración de la situación cambiante de la familia y sus miembros y de sus dificultades de acomodación, de acuerdo con esta orientación, un número mucho mayor de familias que se incorporan a la terapia deberían ser consideradas y tratadas como familias corrientes en situaciones transicionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. La etiqueta de patológica debe reservarse a las familias que frente a esas tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. En las familias corrientes, el terapeuta confía en la motivación de la familia como el camino para la transformación.

**Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares.** Una de las principales funciones de la familia consiste en brindar apoyo a sus miembros. Cuando uno de estos se encuentra afectado por un estrés, los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias, lista acomodación puede limitarse a un subsistema o, por lo contrario, difundirse en el seno de toda la familia. Por ejemplo, un esposo que enfrenta problemas de trabajo critica a su mujer cuando ambos regresan a su casa, esa transacción puede limitarse al sistema conyugal. Es posible que la mujer dispute con el marido pero que lo apoye unos minutos después.

Sin embargo, la pelea puede proseguir indefinidamente, hasta que uno de los cónyuges abandona el campo, en esa situación, ambos se ven afectados por la no resolución de la situación. De ese modo, el contacto estresante de un miembro de la familia con fuerzas externas ha generado un estrés no resuelto en el subsistema conyugal intrafamiliar.

La misma fuente de estrés que afecta a un miembro individual puede actuar a través de los límites de los subsistemas. Por ejemplo, un padre (P) y una madre (M), estresados por problemas de trabajo, pueden regresar al hogar y criticarse mutuamente, pero luego desviar su conflicto a través de un ataque contra un hijo. Ello reduce el peligro del subsistema conyugal pero afecta al hijo (H), o, si no, el marido puede criticar a la mujer, que busca entonces una coalición con el niño contra el padre. De ese modo, el límite alrededor del subsistema conyugal se hace difuso. Aparece así un subsistema transgeneracional excesivamente rígido de madre e hijo contra el padre. Y el límite alrededor de esta coalición de madre e hijo excluye al padre. Se ha desarrollado así una pauta transaccional transgeneracional disfuncional.

También es posible que una familia en su totalidad se vea estresada por el contacto extrafamiliar de uno de sus miembros. Por ejemplo, si el marido pierde su trabajo, la familia debe modificarse para garantizar su supervivencia. Es posible que la esposa deba asumir una mayor responsabilidad para el sostén financiero de la familia y, así, modifique la naturaleza del subsistema ejecutivo. Este cambio puede obligar a otros cambios en el subsistema parental. El padre puede ocuparse así de las tareas de alimentación que anteriormente correspondían a la madre, o, si no, puede recurrirse a una abuela (A).

Cuando una familia comienza una terapia debido a las dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extrafamiliar, los objetivos e intervenciones del terapeuta familiar se orientan en función de su evaluación de la situación y de la flexibilidad de la estructura familiar. Si la familia ha realizado cambios adaptativos para apoyar al miembro afectado pero el problema persiste, es posible que las intervenciones del terapeuta se dirijan fundamentalmente a la

interacción de ese miembro con el agente que lo afectó. Si la familia no ha realizado cambios adaptativos, su intervención principal puede dirigirse hacia la familia.

Por ejemplo, si un niño enfrenta dificultades en la escuela, el problema puede relacionarse fundamentalmente con la escuela, si la evaluación del terapeuta señala que la familia apoya al niño en forma adecuada, sus intervenciones principales pueden orientarse hacia el niño en el contexto escolar. Puede actuar como abogado del niño, disponer un cambio de escuela, o sugerir que se recurra a una enseñanza particular. Pero si los problemas del niño en la escuela aparecen como una expresión de los problemas de la familia, las intervenciones del terapeuta se dirigirán fundamentalmente a la familia.

**Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.** Un sistema familiar puede verse sobrecargado por los efectos de una depresión económica, el estrés puede generarse en un cambio de domicilio motivado en una mudanza o en un traslado a otra ciudad. Los recursos de la familia para hacer frente a esas situaciones se encuentran amenazados en forma particular por la pobreza y por la discriminación. Por ejemplo, una familia pobre puede encontrarse en contacto con un número tan elevado de agencias sociales como para que sus recursos sean superados, o una familia puede enfrentar problemas para adaptarse a la cultura de la metrópoli.

También en este caso la intervención del terapeuta debe orientarse en su evaluación de la familia. Si analiza la organización de la familia y determina que es básicamente viable pero que se encuentra sobrecargada por los contactos con tantas instancias incoordinadas, debe actuar como el consejero de la familia. Puede enseñar a la familia la manera de manipular las instituciones en beneficio propio, o puede trabajar para coordinar las acciones de las instancias, referente a la familia.

**Estreses referentes a problemas de idiosincrasia.** Un terapeuta de familia debe tomar en cuenta todas las circunstancias y tener presente la posibilidad de que áreas determinadas de la familia den lugar a pautas transaccionales disfuncionales. Por ejemplo, una familia con un hijo retardado puede haberse adaptado al problema planteado mientras el niño era pequeño. Pero la realidad del retraso, que los padres podían evitar cuando el niño era pequeño, debe ser enfrentada a medida que crece y que la disparidad de desarrollo entre él y los niños de su edad se hace más evidente.

El mismo tipo de estrés puede producirse cuando un niño con una deformidad física, por ejemplo un labio leporino, crece, es posible que la familia se haya adaptado correctamente a las necesidades del niño cuando este era pequeño, pero a medida, que crece y experimenta dificultades en su interacción con grupos extrafamiliares de niños de su edad que no lo aceptan, este estrés puede sobrecargar al sistema familiar.

También es posible que problemas de idiosincrasia transitorios superen los mecanismos que permiten hacerles frente. Si un miembro de una familia se enferma seriamente, algunas de sus funciones y su poder debe ser asumido por otros miembros de la familia. Esta redistribución requiere una adaptación de la familia cuando el miembro enfermo se recupera, se requiere una readaptación para incluirlo en su antigua posición o para ayudarlo a asumir una nueva posición en el sistema.

En resumen, el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas. En primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando, sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a estrés del desarrollo apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

En segundo lugar, la familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento, se prefieren algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales, pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian.

Finalmente, una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones, si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales, eventualmente, ello puede llevar la familia a una terapia.

## **2.10 La reestructuración de la familia**

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Se distinguen de las operaciones de unión por el desafío que plantean. Las operaciones de unión no constituyen un desafío; disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia, ayudando al terapeuta a mezclarse con la familia ya que juntos participan en los acontecimientos de la sesión terapéutica.

Sin embargo, las operaciones de reestructuración y de unión son interdependientes, la terapia no puede lograrse sin la unión, pero esta no tendrá éxito sin la reestructuración. A menudo resulta difícil distinguir entre ambas: la unión, en efecto, puede utilizarse como una técnica reestructurante, pero cuando una operación de unión es utilizada con fines de reestructuración, no se lo hace enfrentando a la familia. Es posible comparar la técnica con el jiu-jitsu, un experto de jiu-jitsu utiliza el propio movimiento del rival para desequilibrarlo, el movimiento de la familia para impulsarla en la dirección de las metas terapéuticas.

En las operaciones de unión, el terapeuta se convierte actor en la obra familiar. En la reestructuración, opera director y como actor. Crea escenarios, coreografía, esc1 temas y lleva a los miembros de la familia a improvisación del marco de los límites impuestos por el drama familiar. Pero también se usa a sí mismo, incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza su posición de liderazgo dentro del sistema terapéutico para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Las operaciones de reestructuración constituyen los aspectos descolantes de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas. Pero dependen para su éxito de una unidad terapéutica que esté firmemente establecida. Cuando la unidad terapéutica está sólidamente constituida, las operaciones de reestructuración deben proyectarse de tal modo que permitan períodos de consolidación y de reagrupamiento a medida que la familia cambia.

Cuando el terapeuta se une a la familia, debe encarar dos tareas fundamentales, debe acomodarse a la familia, pero también debe mantenerse en una posición de liderazgo dentro de la unidad terapéutica. Debe resistir su absorción dentro del sistema familia, adaptarse en grado suficiente a la organización familiar para ser capaz de incorporarse a ella, pero también conservar la libertad de intervenir de un modo que cuestione la organización de la familia, obligando a sus miembros a acomodarse a él de un modo que facilitará el movimiento en dirección de los objetivos terapéuticos.

Si un terapeuta sucumbe a la presión de la familia para que se una a ella de un modo que refuerce y perpetúe la organización familiar, puede perder su libertad de acción, en ese caso, pierde todo poder para imponer intervenciones reestructurante, su aporte no hace más que complementar un sistema disfuncional y ayuda a cristalizar las pautas transaccionales inadaptadas que debería reestructurar. Por ejemplo, una familia acude a terapia debido a que la madre no logra controlar a sus activos hijos preadolescentes. El terapeuta no logra conducir las sesiones en el marco de la caótica actividad de la familia, por lo cual comienza a imponer controles a los niños, asumiendo las funciones parentales en la familia.

Sólo a partir de una posición de liderazgo el terapeuta puede mantener sus posibilidades de maniobras terapéuticas y su libertad para manipularse a sí mismo y para manipular a la familia. Cuando se la aplica a la terapia, la palabra «manipulación» plantea problemas, debido a su connotación negativa, pero las familias acuden a terapia debido a que sufren y necesitan ayuda. Las familias con esquemas disfuncionales crónicos solo pueden ser ayudadas si se modifican esos esquemas, el sufrimiento puede ser reducido solo cuando el funcionamiento de la familia mejora. La tarea del terapeuta consiste en manipular el sistema familiar para lograr el cambio buscado.



Existen por lo menos siete categorías de operaciones reestructurantes: el captar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, el acrecentamiento del estrés, la asignación de tareas, la utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía. Esta lista no es en absoluto exhaustiva, y no abarca las múltiples variaciones determinadas por el estilo individual de los terapeutas y de las familias-clientes, todo terapeuta prefiere algunas técnicas en mayor medida que otras, y las utiliza de diferentes maneras, de acuerdo con su propia personalidad y recursos, así como los de cada familia que trata.

### **2.10.1 Captar las pautas transaccionales de la familia**

Aunque el terapeuta debe mantener su posición de liderazgo, debe evitar el peligro de su posición, es decir el riesgo de centralizar en exceso el desarrollo sobre su persona. Las familias acuden a terapia solicitando ayuda de un experto, esperan hablar ante él y ser aconsejados por él, por lo tanto, tienden a dirigirse exclusivamente a su persona, describiendo la situación tal como la ven.

Si el terapeuta no controla esta tendencia, la sesión puede desarrollarse de modo en el que él ocupe siempre la posición central, aunque permanezca en silencio. Todo puede dirigirse a él y modificarse en consecuencia, es posible que se vea así implicado en diadas sucesivas, incapaz de desligarse para poder observar. Como consecuencia de ello, la sesión puede ser dirigida de acuerdo con sus propias suposiciones y presentimientos, o puede seguir las direcciones fijadas por el miembro de la familia más activo en el contexto de la sesión terapéutica. Las transacciones que así se suscitan pueden ser muy diferentes de las transacciones normales de la familia.

Otro peligro es el de que la sesión se restrinja a las descripciones de la familia, debido a que las pautas transaccionales reales de una familia pueden ser totalmente desconocidas por ella. Pueden describir en forma escrupulosa el modo en que consideran que se relacionan entre sí, sin comprender que sus pautas transaccionales son, en realidad, totalmente distintas. Para obtener una descripción verdadera, el terapeuta debe ir más allá de la autodescripción verbal de la familia.

Consecuentemente, el terapeuta permanece vigilante ante los indicios no verbales que confirman o contradicen lo que la familia le dice, toda comunicación es siempre reforzada, calificada o negada por el contexto interpersonal de la transacción. La familia Smith constituye un ejemplo ilustrativo de esta presentación de datos en múltiples niveles, la señora Smith se queja porque su marido es una persona callada, pero constantemente lo interrumpe y le impone silencio cuando él comienza a hablar. Ella dice que su marido es una persona a la que respeta e, incluso, teme, pero sus minuciosas descripciones de la necesidad de él de controlarla son claramente desautorizantes de un hombre al que realmente percibe como débil y enfermo.

Mientras escucha lo que le dice la señora Smith, el terapeuta registra simultáneamente los procesos que permanecen ignorados por la pareja, recoge el material que se le relata, en el que ambos

cónyuges presentan al señor Smith como el problema, pero también experimenta y evalúa las pautas transaccionales, que refuerzan los síntomas del señor Smith. Esta actitud sinérgica permite lograr una complejidad de datos que, de otro modo, habría sido imposible obtener.

**Dramatización de las pautas transaccionales.** Puede ser sumamente útil que la familia actúe en lugar de describir. El terapeuta sólo puede recoger datos limitados a partir de las descripciones de la familia, para ampliarlos, debe incitarlos para que actúen en su presencia en alguna de las formas en las que naturalmente resuelven conflictos, se apoyan mutuamente, forman alianzas y coaliciones o propagan estrés.

Su presencia es siempre un factor que introduce modificaciones, sin embargo, puede crear argumentos familiares orientando a determinados miembros de la familia a interactuar mutuamente en un marco claramente delineado. Las instrucciones deben ser explícitas, tales como: habla con tu padre acerca de esto, este tipo de argumento minimiza la tendencia a centralizar en el terapeuta y ayuda a los miembros de la familia a experimentar sus propias transacciones con una mayor conciencia. Desde el punto de vista del terapeuta, también ayuda a ver a los miembros de la familia en acción, sólo entonces puede comenzar a comprender la estructura familiar que subyace a la conducta idiosincrásica de sus miembros.

**Recreación de los canales de comunicación.** Es relativamente fácil provocar diálogos. El terapeuta puede prestar oídos a una situación en la que un miembro de la familia habla acerca de la conducta de otro miembro y dirigir al hablante para que hable con el otro miembro en lugar de acerca suyo, sin embargo, este proceso puede verse bloqueado por una familia que insiste en utilizar al terapeuta como escucha, los miembros pueden objetar en forma abierta que han discutido el problema entre sí en muchas ocasiones y que ahora desean hablar con el terapeuta sobre él.

Pueden comenzar a hablar entre sí y luego muy pronto volver al terapeuta, el terapeuta, por lo tanto, debe disponer- de un cierto número de técnicas para estimular la comunicación intrafamiliar en la sesión. Puede insistir para que las personas hablen entre sí, evitar mirar a alguien, clavando su mirada en un objeto, se dé la vuelta de su silla. Puede negarse a responder cuando se dirigen a él, señalando simplemente a otro miembro de la familia con un gesto, incluso abandonar la habitación para observar a la familia tras un vidrio de visión unilateral. Después de utilizar estas técnicas un cierto número de veces, los miembros de la familia aceptarán que tienen que hablar entre sí como regla del sistema terapéutico.

**Se abre así una nueva perspectiva para el terapeuta.** Puede comenzar a prestar una menor atención a la lógica del contenido y una mayor atención a las secuencias modeladas en las que se producen los intercambios de la familia. Sus observaciones pueden servir simplemente para reunir datos que posteriormente indicarán un foco de intervención, o pueden convertirse en el foco para

intervenciones terapéuticas inmediatas. En la familia Smith, la observación de la interacción de la pareja le permite al terapeuta comprender que no puede lograr la creación de un diálogo a menos que asuma una enérgica posición de liderazgo apoyando al señor Smith. Por lo tanto, se une al marido en una coalición contra su esposa, utilizando esta técnica para organizar la participación del señor Smith de un modo que permita que se revele como más competente.

**Manipulación del espacio.** La redistribución geográfica constituye otra técnica para dramatizar las descripciones de la familia. La ubicación puede constituir una metáfora para intimidad o distancia entre las personas, en la familia Gorden, el límite alrededor del subsistema parental (madre e hijo mayor) se ha hecho impermeable ante la hija utilizada como chivo emisario, Mandy. El terapeuta cambia de asiento con la madre de modo tal que esta se encuentre sentada cerca de su hija en el momento de búsqueda de la solución.

El terapeuta se sienta cerca del hijo parental, para bloquear la interferencia del niño en relación con el intercambio madre, de ese modo, el terapeuta redistribuye cuatro personas para indicar un objetivo terapéutico: lograr que se produzcan transacciones madre-hija sin interferencias por parte del hijo.

Cuando una familia acude a la primera sesión, la forma en que se ubica puede proporcionar indicios acerca de las alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento, si un niño se desplaza con rapidez para sentarse cerca de su madre y acerca su silla a la de ella, el terapeuta puede realizar suposiciones acerca de esta diada. Posteriormente, puede comprobar que el niño mira a su madre antes de responder a una pregunta, si desea bloquear esta secuencia, o indicar que la creciente distancia entre el niño y su madre será un objetivo terapéutico, puede hacerlo separándolos y ubicando al niño de tal modo que no pueda encontrarse con la mirada de su madre.

En la familia Dodds, el paciente identificado se sienta alejado del resto de la familia, del otro lado del coterapeuta. El terapeuta le solicita al coterapeuta que cambie el asiento con el hermano menor del paciente, sentando juntos a los niños, de tal modo que el paciente identificado es apoyado y ubicado en el interior de la familia, posteriormente, el terapeuta se ubica en el piso para jugar con el bebé, utilizando esta posición para facilitar la dramatización de la crianza y sustentando así las fantasías de la familia.

La ubicación puede también constituir una técnica para estimular el diálogo. En la familia Smith, el terapeuta le solicita al señor Smith que mire a su esposa y hable con ella, cuando el señor Smith desplaza su silla lejos de su esposa, el terapeuta se aproxima al señor Smith y desplaza la silla del señor más cerca de la de su esposa, el señor Smith ubica entonces un cesto de basura entre él y el terapeuta. En este simple movimiento se manifiesta todo el drama de un temor a la intimidad.

La ubicación puede constituir un modo efectivo de trabajar con los límites, si el terapeuta desea crear o consolidar un límite, puede conducir a los miembros de un subsistema al centro de la habitación y ubicar a otros miembros de la familia de espaldas, de tal modo que puedan observar pero no interrumpir. Si desea bloquear el contacto entre dos miembros, puede separarlos o ubicarse entre ellos y actuar como mensajero. La manipulación espacial posee el poder de lo simple. Su elocuencia gráfica esclarece el mensaje del terapeuta.

### **2.10.2 Señalamiento de los límites**

Para desenvolverse en forma saludable, la familia debe proteger la integridad del sistema total y la autonomía funcional de sus partes, cada miembro de la familia y cada subsistema familiar deben negociar la autonomía e interdependencia de su circuito psicodinámico.

El terapeuta de familia intenta ayudar a esta a crear el intercambio flexible entre autonomía e interdependencia que promoverá con mayor eficacia el desarrollo psicosocial de sus miembros. La independencia no constituye el objetivo per se, la connotación peyorativa del concepto de dependencia en la teoría psicodinámica individual no se aplica en la terapia familiar, que reconoce la interdependencia de todos los sistemas. El objetivo es el de lograr un grado correcto de permeabilidad de límites.

En una familia aglutinada, los límites deben ser consolidados para facilitar la individuación de los miembros de la familia. El terapeuta se une a una familia aglutinada con la intención de clarificar los límites. En las familias que se encuentran más cerca del extremo desligado del continuum aglutinación desligamiento, actúa para disminuir la rigidez de los límites, facilitando el flujo entre los subsistemas de un modo que permita un incremento de las funciones de apoyo y orientación de la familia.

No es difícil imponer estas reglas en el marco de la sesión, si un miembro de la familia comienza a responder una pregunta dirigida a otro, el terapeuta puede imponer silencio al hablante con un gesto y, de ser necesario, decir algo así como: Joel, esa pregunta estaba dirigida a usted». En general, tiende a inhibir toda comunicación de un miembro de la familia que describa las acciones o sentimientos de otro. Ello puede realizarse con amabilidad, diciendo: Él estaba allí, no así usted, entonces quizás él pueda describirlo; o, también el bloqueo de esa comunicación puede efectuarse con severidad, confrontando al miembro de la familia con su intrusión.

Los niños de la familia deben ser diferenciados, y recibir derechos y privilegios individuales según su edad y posición en la familia, el terapeuta puede explorar la propia diferenciación de la familia, recurriendo a preguntas tales como: ¿Quién elige la ropa del niño de ocho años? ¿A qué hora se acuesta? ¿Cuáles son las reglas de la familia en lo que se refiere a la comida, a mirar televisión, a bañarse? El terapeuta puede también observar el modo en que un niño responde a las preguntas que

se le plantean. Algunos niños responden en forma autónoma; otros miran a uno de los padres antes de contestar o refieren la pregunta a los padres.

Si la autonomía individual de los niños parece obstaculizada en el seno de la familia, el terapeuta debe ayudar a la familia a subrayar diferencias entre los niños, señalar su derecho a las diferencias y ayudar a los padres a plantear demandas específicas y otorgar recompensas de acuerdo con el estadio de desarrollo de cada niño. Por ejemplo, en la familia que prohibía las puertas cerradas, un sistema sumamente aglutinado, el en-foque del terapeuta consistió en asignar una tarea al estadio de desarrollo de la hija mayor. Ella debía cerrar la puerta de su habitación. Le señaló también a la hija menor que cuando fuese mayor ella debería hacer lo mismo, (Aponte, H y Huffman, L, 1973, págs. 1-2)

Límites de los subsistemas. Los límites del subsistema conyugal deben ser lo suficientemente claros para proteger a la pareja de la intrusión por parte de los niños o de otros miembros adultos de la familia extensa. Los terapeutas de familia deben trabajar a menudo en este área, debido a que una rigidez o una imprecisión inadecuada del límite del subsistema conyugal constituye una causa habitual de la existencia de pautas transaccionales disfuncionales. En algunos casos es útil asignar tareas que estimulen las interacciones de la subunidad conyugal. Por ejemplo, en la familia de puertas abiertas, el terapeuta les indica a los padres que expulsan a los niños de su habitación durante una hora cada noche. Los padres deben pasar esa hora en la habitación sola, con la puerta cerrada, en el caso de los Smith, el terapeuta solicita al abuelo y al hijo que abandonen la habitación antes de comenzar a discutir temas sexuales con la pareja.

Además, la familia debe poseer un subsistema ejecutivo que pueda tomar decisiones, en particular en lo concerniente a la educación de los niños, por lo general los padres forman este subsistema. El subsistema parental debe tener autoridad, un niño debe ser capaz de experimentar con el crecimiento, sabiendo que el subsistema parental fijará los límites de lo permisible. Un terapeuta debe por lo tanto intervenir en una familia de un modo que apoye la asignación diferenciada de poder; por ejemplo, un hijo que ha adoptado plenamente la posición de la familia de que todos los problemas se originan en la enfermedad intrapsíquica de su padre critica a este con impunidad. El terapeuta expresa su enojo ante esta actitud, señalando que el niño debería respetar a su padre.

El subsistema fraterno también necesita un límite protector de tal modo que pueda desempeñar sus funciones de ofrecer a los niños la oportunidad de aprender cooperación, competición, formas de evitación o capitulación, como ganar o perder un aliado y otras condiciones requeridas para vivir con iguales. Los padres deben respetar esta oportunidad de crecimiento sin su ayuda o interferencia.

En la familia Brown (cap. 12), el apoyo y refuerzo del subsistema fraterno de la anorexia nerviosa de una niña de nueve años es tan significativo como el refuerzo proveniente del subsistema conyugal, por lo tanto, el terapeuta desarrolla tareas para el subsistema fraterno, y los padres son excluidos específicamente de toda intervención. Utiliza la técnica de llevar a los niños al centro de la habitación para negociar o explorar soluciones, permanece con los padres en la periferia, ayudándolos a observar sin participar, enseñándoles a respetar la autonomía de sus hijos.

La tríada rígida plantea problemas especiales para delimitar límites, cuando una pauta transaccional transgeneracional, que habitualmente incluye a los padres y a un hijo, queda encerrada dentro de límites rígidos da lugar a pautas transaccionales. El terapeuta debe trabajar para trazar nuevos límites; para ello, fortalecer el límite del subsistema conyugal para que los cónyuges puedan tratar sus problemas sin implicar a un tercer miembro, consolidando el límite que protege la autonomía del tercer miembro y debilitando el límite que rodea a la rígida tríada, de tal modo que el subsistema llegue a ser más abierto.

Cuando los límites alrededor de un subsistema son consolidados, el funcionamiento de este subsistema mejorará, surgirán así procesos que no podían manifestarse cuando otros miembros de la familia se inmiscuían. En el caso de la familia Gorden se observa con claridad, el terapeuta delinea dos subsistemas: Hace trabajar a la madre sola con el niño al que ha utilizado como chivo emisario consolidando el límite alrededor de esta diada, que ha sido demasiado débil, ubica al hijo parental en una posición de atención de los otros niños, debilitando el límite alrededor del subsistema parental que excluyó al hijo utilizado como chivo emisario.

En algunas familias las separaciones más netas son necesarias o útiles, un sistema puede ser más conflictivo a medida que el número de sus miembros aumenta. Los cambios en el número de miembros de un sistema pueden dar lugar, a su vez, a una transformación importante del sistema. En algunas ocasiones, la supresión de un síntoma da lugar, simplemente, al desplazamiento de un conflicto no resuelto a otro portador del síntoma. En otras ocasiones, sin embargo, los cambios pueden producirse simplemente en el proceso de separación de un miembro de la familia de esta. En el transcurso de un período agudo de estrés familiar los breves períodos de hospitalización pueden constituir no solo un paliativo necesario sino también una parte esencial del proceso de cambio de la familia como sistema.

El terapeuta puede imponer límites trabajando selectivamente con diferentes subsistemas de una familia, inicia el trabajo entrevistando a todos los miembros de una familia nuclear, pero, a medida que establece un mapa familiar, es posible que distinga un área en la que sería útil aumentar o disminuir el número de miembros de la unidad terapéutica. Algunos terapeutas prefieren trabajar solo con los esposos o padres, otros prefieren trabajar con una red familiar tan amplia como sea posible reunir, o prefieren trabajar con múltiples familias.

Desde esta perspectiva el trabajar con la familia nuclear, en algunas ocasiones modificando la composición del grupo es una buena opción para ser ejecutada. Al trabajar con adolescentes, es necesario incluir sesiones individuales, con familias extensas, trabajar con los subsistemas: padres solos, padres con hijos mayores, padres con los niños más pequeños, el subsistema fraterno. En algunas familias, puede ser significativo trabajar con miembros importantes de la familia extensa, en algunas ocasiones, los padres pueden seleccionar a los miembros que participarán en una sesión; y en determinadas familias, la selección de subgrupos es determinada por la dinámica reestructurante. El terapeuta puede unirse a un padre aislado y a sus hijos, excluyendo a la madre, para permitir que se desarrollen nuevas funciones.

### **2.11 Intensificación del estrés**

Las familias que acuden a tratamiento han desarrollado habitualmente pautas transaccionales disfuncionales para enfrentar el estrés. El paciente identificado se encuentra en el centro de estas pautas, a menudo la familia es poco flexible, incapaz de recurrir a formas de relación diferentes. El terapeuta que se une a ellos en el sistema terapéutico debe explorar todas las conductas alternativas que la organización familiar puede permitir, experimentar e indagar tanto la flexibilidad del sistema familiar como su capacidad de reestructurarse y crecer con su ayuda.

La habilidad del terapeuta para producir estreses en diferentes partes del sistema familiar les proporcionará a él, y en algunos casos a los propios miembros de la familia, un indicio acerca de la capacidad de la familia para reestructurarse cuando las circunstancias cambian. Su aporte y su estímulo experto producen nuevos contextos o circunstancias modificadas a los que la familia debe adaptarse en presencia suya.

**Bloqueo de pautas transaccionales.** La maniobra más simple a la que un terapeuta puede recurrir para producir estrés consiste en obstruir el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales, por ejemplo, en la familia Gorden el hijo parental adopta su rol habitual de traducir las comunicaciones de la madre a los otros niños y las de estos a ella. El terapeuta interviene, diciendo: «Perdóname, Morris», y «prosigue», al niño interrumpido, el bloqueo de las intervenciones del niño parental permite un mayor contacto entre la madre y los otros niños, que han sido separados por la interferencia de Morris, cinco minutos después, en la sesión, la flexibilidad de la organización familiar se manifiesta. Cuando Morris intenta nuevamente ayudar a su madre a comprender a su hermana, la madre, imitando al terapeuta, le dice que no interrumpa.

**Acentuación de las diferencias.** El terapeuta puede producir estrés al señalar diferencias que la familia ha escamoteado. Presta atención a la forma en la que los miembros de la familia califican a las declaraciones de los otros, mejoran un mensaje de algún miembro de la familia o, simplemente, discrepan. Puede escuchar la opinión de un miembro acerca de un tema dado y luego dirigirse a

otro miembro y decirle: ¿Cuál es su opinión? O puede realizar una intervención más específica diciendo, por ejemplo: Parece que usted y su esposa no lo ven del mismo modo; ¿pueden discutirlo?

**Desarrollo del conflicto implícito.** Los métodos de una familia para evitar un conflicto operan en forma rápida y automática, así, es posible que un esposo se ataque a sí mismo en toda ocasión en la que piensa que su mujer está a punto de atacarlo, desarmándola y presentándose como un hombre débil que, por ello mismo, debe ser protegido. Abandona toda posición de fuerza debido a que el subsistema conyugal no permite una confrontación que daría lugar al surgimiento de un conflicto oculto.

Un niño puede tornarse explosivo o presentar otros síntomas si sus padres comienzan a vivir conflictos en forma abierta. En el primer caso, el terapeuta actúa como el clásico «auxiliador», ofreciéndose para «sostener los sacos de los adversarios», al percibir que el marido utiliza el autodesprecio como una técnica para evitar el contacto, y, por lo tanto, el conflicto, con su esposa, el terapeuta obliga a la pareja a establecer contacto. En el segundo caso, el terapeuta intenta destruir el mecanismo disfuncional de evitación de los conflictos rompiendo la rígida tríada, bloqueando la interferencia del niño en el conflicto parental.

**Unión en alianza o coalición.** El terapeuta puede provocar un estrés uniéndose en forma temporaria a un miembro o subsistema de la familia. Este tipo de incorporación a la estructura familiar requiere una cuidadosa planificación y una habilidad para desligarse, de tal modo que el terapeuta no sea absorbido por la guerra familiar.

También puede unirse a los diferentes miembros de la familia en forma sucesiva., en este caso, se alía a un miembro y pelea junto a él y luego cambia, distribuyendo sus favores en forma equitativa y desarrollando estreses sucesivos en diferentes partes del sistema familiar. Por ejemplo, un terapeuta que trabaja con una familia sumamente aglutinada se une al padre para ayudarlo a plantear sus quejas contra su esposa, luego con la esposa para ayudarla a plantear sus quejas contra el padre y luego en forma sucesiva con cada uno de los hijos, a medida que la familia trabaja para desarrollar reglas diferenciadas y respuestas de apoyo adecuadas.

El terapeuta debe saber también cuándo y cómo debe unirse a un miembro de la familia durante un período más prolongado. Este enfoque es en particular necesario con familiares que nieguen o evitan sus conflictos en forma rígida y con familias que se niegan en forma persistente a aceptar la idea de que la familia como un todo constituye el problema. Estos sistemas rígidos pueden ser puestos en movimiento uniéndose a un miembro de la familia, por lo general uno de los progenitores, durante un lapso prolongado, por ejemplo cuatro o cinco sesiones. Si el terapeuta se une a un cónyuge en contra del otro durante un período prolongado, provoca un estrés en ambos. El



impacto cuestiona el umbral de estrés del subsistema conyugal, sus formas habituales de interrelacionarse y sus métodos preferidos para negociar o evitar conflictos.

Por ejemplo, en una familia el conflicto en el subsistema conyugal es evitado a través de la utilización como chivo emisario de un hijo, cuando la esposa impugna a su marido por no ganar más dinero, este orienta su atención hacia el hijo, corrigiendo su conducta y restableciendo así su propio sentido de competencia amenazado. Cuando el marido cuestiona a la mujer por ser un ama de casa desprolija, ella comienza a hablar acerca de la mala conducta del niño en la escuela. El terapeuta se une al marido en una coalición contra la esposa, apoyando firmemente su requerimiento de un mayor orden en la casa. Esta técnica da lugar de inmediato al surgimiento del conflicto conyugal que, con la ayuda del terapeuta, es negociado dentro del subsistema conyugal, liberando al niño.

Cuando el terapeuta se une a un miembro de la familia, debe evaluar en forma adecuada el umbral de tolerancia de su aliado y de los otros miembros de la familia, corre un serio riesgo de indisponer al blanco de la coalición y, con frecuencia, a toda la familia. Aun en el medio de un ataque, es importante proporcionar algún apoyo al blanco, si el terapeuta trabaja junto a un coterapeuta, este debe apoyar al blanco de la coalición. Si trabaja solo, debe dar a entender que reconoce la forma en que el blanco ve la situación, por ejemplo, aun mientras ayuda al marido en su ataque contra su esposa por desprolijidad, interpreta la conducta de esta como una resistencia ante el control arbitrario.

Esta técnica presenta un riesgo. El miembro de la familia que es atacado puede contraatacar no al terapeuta sino al miembro de la familia con el que este se alía, como consecuencia de ello, un miembro de la familia que ya sufre un estrés severo puede verse sobrecargado. En la familia Gorden, el terapeuta se une a la niña utilizada como chivo emisario y la defiende atacando a la madre; la madre, entonces, asume una actitud aún más agresiva contra su hija, de tal modo que él terapeuta, al percibir el aumento de presión, abandona esta coalición excesivamente estresante.

El objetivo último del terapeuta consiste en beneficiar a la totalidad de la familia, y la familia debe percibirlo en todo momento, si forma una coalición contra determinados miembros, estos deben saber que este paso es temporario y que, por sobre todo, él está aliado a toda la familia en el sistema terapéutico.

### **2.11.1 Asignación de tareas**

Las tareas crean un marco en cuyo seno los miembros de la familia deben desenvolverse, el terapeuta puede recurrir a las tareas para señalar y actualizar un área de exploración que puede no haberse desarrollado en forma natural en el flujo de las transacciones de la familia, o también, puede subrayar un área en la que la familia necesita trabajar.

**Dentro de la sesión.** Las tareas asignadas dentro de una sesión pueden señalar simplemente cómo y a quién los miembros de la familia deberían dirigirse. El terapeuta puede señalar, por ejemplo: Discutan el problema aquí, o hable con su hijo de tal modo que él pueda oírlo, o siga hablando; no deje que su hermano lo interrumpa.

**Las tareas** pueden relacionarse con la manipulación del espacio, el terapeuta puede decir: Quiero que dé vuelta la silla, así no puede ver las señales de su madre, o quiero que se siente cerca de su esposa y que tome su mano cuando a usted le parezca que está angustiada. Las tareas pueden utilizarse para dramatizar las transacciones de la familia y sugerir cambios. Al asignar tareas dentro de la sesión, el terapeuta subraya su posición como el que fija las reglas. Es él quien determina las reglas de conducta dentro de la sesión terapéutica.

**Deberes.** El terapeuta puede también asignar tareas para el hogar, cuando la familia responde realizando la tarea que él asignó, están llevando realmente al terapeuta a su hogar. Este se convierte en el hacedor de las reglas más allá de la estructura de la sesión terapéutica.

La tarea asignada a la familia Gorden apunta tanto al problema que se presenta como al problema estructural subyacente. El problema presentado es una niña incendiaria a la que se utiliza como chivo emisario, el terapeuta instruye a la madre para que pase cinco minutos por día con esta niña, enseñándole cómo encender fósforos sin peligro. Al niño parental, cuya ayuda en el hogar ha impedido a la chivo emisario un contacto directo positivo con su madre, se le solicita que vigile a los otros niños mientras la madre trabaja sola con la chivo emisario.

En la familia con puertas abiertas, la tarea busca una diferenciación entre los miembros de la familia. En esta familia, en la que el padre está aliado con los niños y la madre excluida, el terapeuta le solicita a la esposa que determine el momento en que los niños deberán ser expulsados de la habitación conyugal y las puertas cerradas. El marido debe acompañar a su mujer en esta actitud. La hija mayor debe cerrar su puerta durante varias horas tres veces por semana. En el transcurso de este período el padre debe golpear la puerta si pretende entrar.

En una pareja en la que la esposa controla muchos aspectos de la vida de su esposo, incluyendo sus hábitos alimenticios, su horario de acostarse y la regularidad con la que se baña, la tarea busca que aumente la distancia entre marido y mujer, para facilitar la reestructuración del subsistema conyugal. Al marido se le solicita que compre su ropa solo, por primera vez en su vida, tomando en consideración exclusivamente sus propias preferencias y gustos. A la esposa se le solicita que continúe e incluso exagere su continua actitud crítica de su esposo, debido a que este necesita ayudarla desafiando su autoridad irracional.

La utilización de tareas presenta múltiples ventajas, la focalización sobre ellas obliga al terapeuta a encarar la estructura y las pautas transaccionales de la familia, en lugar de encarar las

características particulares de los miembros individuales. Las tareas señalan las nuevas posibilidades de reestructuración de la familia, al plantear tareas, el terapeuta debe clarificar su mapa de la familia y establecer objetivos específicos, así como también pasos específicos en dirección de esos objetivos. Las tareas también constituyen un medio adecuado para poner a prueba la flexibilidad familiar.

Al mismo tiempo, al igual que otras intervenciones terapéuticas, la tarea no es más que una indagación del sistema familiar. Al asignar tareas, el terapeuta no sabe cómo las enfrentarán los miembros de la familia, puesto que no está comprometido en la realización de la tarea, no puede ser desilusionado. La asignación de una tarea proporciona un nuevo marco para las transacciones, el terapeuta observa los resultados con el propósito de lograr que surjan pautas transaccionales alternativas.

En algunas ocasiones una familia acepta una tarea y comprueba que las conductas emergentes a consecuencia de esta son más convenientes que las antiguas que la familia puede funcionar mejor en este nuevo marco-. En otras, los miembros de la familia la modifican, la contradicen o la evitan. Las diferentes respuestas proporcionan, tanto al terapeuta como a la familia, una mejor comprensión acerca del lugar en el que se encuentran y acerca del lugar al que deben dirigirse.

### **2.11.2 Utilización de los síntomas**

El terapeuta que trabaja dentro del marco de la familia considera que los síntomas de un miembro individual son una expresión de un problema contextual, por lo tanto, puede combatir la tendencia de la familia a centralizarse en el portador del síntoma. En otros casos, sin embargo, puede elegir trabajar en forma directa con el que presenta los problemas. A veces, el síntoma, por ejemplo la fobia, la anorexia nerviosa o las tendencias incendiarias, es tan peligroso que obliga a considerarlo en forma prioritaria. En otras ocasiones, en un primer momento es posible que la familia no pueda encarar un contrato terapéutico que vaya más allá del problema presentado.

**Enfoque centrado en el síntoma.** A menudo, el trabajo con los síntomas del paciente identificado puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de una familia. Los síntomas del paciente identificado ocupan una posición especial en el sistema de transacciones de la familia, representan un nódulo concentrado de estrés familiar. A menudo, constituyen una de las formas de la familia de manejar este estrés, en todo caso, los síntomas del paciente identificado son reforzados por un número significativo de pautas transaccionales de la familia, parafraseando a Freud se puede decir que el trabajo con ellos puede constituirse en el camino real hacia la estructura familiar.

En el tratamiento de la familia Gorden, como es evidente, es urgente modificar el problema presentado, el de la niña incendiaria. También se observa con claridad que las actitudes

incendiarias y las transacciones a su alrededor constituyen un nódulo del estrés familiar, por lo tanto, el terapeuta no cuestiona en forma inmediata la formulación del problema por parte de la familia. Preferentemente, sigue la estrategia de influir sobre el resto de la familia para que opere en términos de ayuda al paciente identificado en el área del síntoma, aunque nunca comunica su propio foco a la estructura familiar, desplaza a la madre de una posición en la estructura familiar a otra, aumentando la proximidad madre-hija al mismo tiempo que aumenta la distancia entre esta hija y el niño parental, y lo hace recurriendo a una tarea basada en el encendido de fuego.

En la familia Brown, el problema presentado, la anorexia nerviosa que amenaza la vida de la paciente, es igualmente urgente y, una vez más, representa un nódulo de estrés familiar. El terapeuta actúa de tal modo que entre los padres y el niño surja un conflicto en relación con el síntoma, lo que aumenta la proximidad entre los cónyuges y atenúa el vínculo protector entre madre e hija.

En otro caso, un niño acude a terapia con una fobia ante los perros sumamente acentuada, que prácticamente no le permite abandonar su casa, (A Modern Little Hans, 2012). El diagnóstico del terapeuta es el de que el síntoma es reforzado por un conflicto implícito, no resuelto, entre los esposos, que se manifiesta en una unión entre la madre y el hijo que excluye al padre. Su estrategia consiste en aumentar la unión entre el padre y el hijo antes de enfrentar los problemas del subsistema conyugal. Con ese fin, estimula al padre, cartero, y, por lo tanto, «experto en la relación con perros», para que le enseñe al hijo cómo enfrentar a los perros desconocidos. El hijo, que es adoptivo, adopta a su vez un perro, y padre e hijo actúan en conjunto en todo lo que tiene que ver con el perro. Esta actividad robustece su relación y promueve una separación entre madre e hijo, al desaparecer el síntoma, el terapeuta elogia a ambos padres por su exitoso manejo del niño, luego encara el trabajo con los conflictos marido-mujer.

Otro terapeuta estimula a un niño que se hace encima para que conserve el síntoma a menos que algo pueda ocurrir en la familia. Advierte a los padres que analicen cuidadosamente cuáles serían las consecuencias si el niño dejase de hacerse encima y «se hiciese normal». Este método, que se prolongó durante un mes, sirve para explorar la utilización del síntoma en la familia y revela los elementos familiares disfuncionales subyacentes al síntoma.

**Exageración del síntoma.** Un terapeuta puede utilizar su poder dentro de la unidad terapéutica para reforzar los síntomas del paciente identificado, aumentando su intensidad. Esta táctica se convierte en una maniobra reestructurante.

Una pareja de edad media acude a terapia debido a que la depresión del marido es tan severa que le impide trabajar. El terapeuta, al observar la carencia de apoyo mutuo en esta pareja sin hijos, interpreta la depresión del hombre como una evaluación correcta de su vida perdida y sugiere que

realice un duelo por una parte perdida de sí que ha muerto. De acuerdo con la religión de la familia, el terapeuta aconseja al hombre que lleve el Shiva (los tradicionales siete días de duelo de la religión judía) permaneciendo sentado en el piso durante ocho horas diarias mientras su esposa le trae alimento y lo consuela. El hombre llora continuamente durante tres días, luego se aburre cuatro. Su depresión desaparece y regresa al trabajo. La pareja prosigue el tratamiento sabiendo que no es el marido el deprimido, sino la relación en su totalidad.

En otra familia, el problema presentado consiste en que el hijo roba. El terapeuta, que determina que se trata de una reacción ante la carencia de un control efectivo en la familia, instruye en forma abierta al niño para que siga robando, e incluso para que le robe al padre, diciendo: Quiero ver si tienes habilidad suficiente como para robarle a tu padre. Este recurso reubica la conducta antisocial en una situación inmediata que moviliza las funciones ejecutivas de control de la familia. La técnica es similar a las técnicas utilizadas por A. Aichhorn con niños delincuentes, (A. Aichhorn, Wayward Tough, 1935, pág. 45).

### **2.11.3 Desacentuación del síntoma**

En algunas ocasiones, es posible utilizar el síntoma como una vía que permita alejarse del paciente identificado. La técnica de almorzar con un paciente anoréxico y su familia, por ejemplo, facilita la creación, dentro del campo de la comida, de un intenso conflicto interpersonal, que luego predomina en relación con el síntoma, (Aichhorn, A. Wayward Tough, 1935, pág. 228 ).

En una familia compuesta por un padre, madre y tres hijos de trece, diez y ocho años, el padre es el paciente identificado, con vómitos de origen psíquico. La esposa no quiere participar en el tratamiento ni tampoco permitir que los niños acudan. Insiste en que el problema es exclusivo del marido, sin embargo, acepta concurrir a la sesión inicial. En la sesión con la pareja se observa con claridad que la esposa es la «dueña de las reglas en la familia. El marido es complaciente, salvo en sus vómitos. La hija de trece años, según la descripción de los niños que realizan los padres, está muy angustiada, preocupada por temores de que su padre muera. El hijo menor mima y remeda los vómitos del padre.

El terapeuta ofrece a esta pareja las siguientes alternativas, puede ayudar al padre enseñándole a vomitar sin hacer ruido, o a limitar sus vómitos al baño, o incluso a dejar de vomitar por completo, por ello no ayudará a la pareja a adquirir un respeto mutuo o a los dos hijos, en cuyas vidas se injerta, interfiere, el conflicto parental, a aprender a diferenciarse como individuos. Se trata de las áreas en las que el tratamiento sería más importante.

**Adopción de un nuevo síntoma.** El abordaje de un síntoma a través de su funcionamiento en la familia permite desarrollar una estrategia para enfrentar el problema identificado desplazando

temporariamente el foco de concentración terapéutica a otro miembro de la familia. El desplazamiento del foco es utilizado en una familia que acude a terapia debido a problemas de sueño del hijo de doce años. En el transcurso de la terapia, la madre describe su propio insomnio que se prolongó durante diez años y, posteriormente, señala el placer secreto que logra al tener compañía durante algunas de sus noches insomnes. El desplazamiento del foco es utilizado también con los Gorden. En la familia Smith, la segunda parte de la entrevista intenta desplazar la etiqueta asimétrica de enfermedad del marido a la esposa.

**Reetiquetamiento del síntoma.** Una reconceptualización del síntoma en términos interpersonales puede abrir nuevos caminos de cambio. En un caso, una anorexia de una niña es redefinida como desobediencia y recurso para situar a los padres en una posición de incompetencia.

**Modificación del afecto del síntoma.** Puede ser útil cambiar el afecto de las transacciones que conciernen a un síntoma. Un ejemplo está constituido por la tarea asignada a la hija de la familia Gorden, que estimula a la madre a interactuar con la niña, alrededor de su problema incendiario, en forma competente, educativa.

**Manipulación del humor.** Muchas familias presentan un afecto predominante. Adhieren a un nivel de humor restringido, sea cual fuere el contenido de los temas que discuten. Una familia conservará una cualidad deprimida, apática; otra bromeará constantemente, el afecto que acompaña a las transacciones familiares constituye uno de los múltiples indicios que determina la conducta del terapeuta. El afecto constituye una pista acerca de lo admisible en una familia determinada.

Emplear el afecto de la familia constituye una operación de unión, pero también puede constituir una operación reestructurante. El terapeuta puede recurrir a una imitación exagerada del estilo familiar para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia; por ejemplo, en una familia con una madre hipercontroladora y fuerte, que logra la obediencia de sus tres hijas adolescentes a través de los gritos, el terapeuta actúa en forma aún más agresiva para con ellas, obligando a la madre a moderar su estilo de contacto y a proporcionar una mayor autonomía a sus hijas. En otras familias, es posible que el terapeuta desee demostrar un afecto diferente, más apropiado, al trabajar con una familia preocupada por el control, por ejemplo, el terapeuta puede adoptar un humor permisivo, relajado.

Algunas familias, en particular las acosadas por la pobreza o las que tienen un miembro psicósomáticamente enfermo, están tan habituadas a las emergencias que en su seno no existe ninguna jerarquía de problemas. Es posible que el terapeuta se vea obligado a introducir intensidad para lograr que la familia responda en forma adecuada a una situación que deben comprender que es seria. Sólo al elevar la intensidad de su respuesta puede llevarlos a comprender que el cambio familiar es necesario.

**Los componentes afectivos pueden ser utilizados para manipular distancia.** En una familia aglutinada, un marido acusa a su esposa de ser infantil, su hijo de once años se une a él diciendo: “Es tonta cuando juega conmigo”. El terapeuta le dice con indignación al padre que no debería permitir esa falta de respeto del hijo hacia su madre. La actitud del terapeuta “le presta” indignación al padre, que hace avergonzar a su hijo. Tanto la indignación como la vergüenza son factores que producen distancia, ayudando a consolidar los frágiles límites dentro de la familia.

La redesignación de un afecto predominante también puede ser útil, si una madre es excesivamente controladora, el terapeuta puede recurrir a la técnica de designar a estas operaciones de control como “preocupación” por sus hijos. A menudo, esta redesignación constituye solo un modo de subrayar aspectos sumergidos de los sentimientos de la mujer hacia sus hijos, al subrayar su preocupación, el terapeuta se relaciona con la madre en un campo de simpatía que facilita la aparición de nuevas transacciones entre madre e hijos.

## **2.12 Apoyo, educación y guía**

El apoyo, la educación y la guía constituyen a menudo operaciones de unión, aunque también pueden cumplir funciones reestructurantes. La alimentación, curación y apoyo que una familia proporciona a sus miembros son vitales para los miembros individuales de la familia y para el mantenimiento del sistema familiar. El terapeuta debe comprender la importancia de estas funciones y saber de qué modo estimularlas, a menudo se verá obligado a enseñar a la familia de qué modo apoyarse mutuamente, puede verse obligado, también, a enseñar a los padres el modo de responder en forma diferencial a sus hijos, en la familia con las puertas abiertas, por ejemplo, uno de los objetivos fundamentales de las tareas asignadas consistía en proporcionar una experiencia de socialización diferenciada.

Por ejemplo, un adolescente con anorexia se encuentra casi totalmente aislado de las actividades del grupo de niños de su edad, una vez que se supera el síntoma presentado, el terapeuta invita al niño a su propio hogar durante una semana, para que visite a su hijo y a su hija adolescentes; posteriormente, un niño de la misma edad del paciente que se siente perfectamente bien en un grupo adolescente es contratado para enseñar al paciente la forma de interactuar con un grupo, (Minuchin, S. 1970, págs. 41-57)

Si el funcionamiento ejecutivo de una familia es débil, es posible que el terapeuta deba incorporarse al sistema, asumiendo las funciones ejecutivas como un modelo, y luego abandonar esa posición para que los padres puedan reasumir estas funciones. En algunos casos el terapeuta puede enseñar a los miembros individuales de la familia a enfrentar el mundo extra familiar.

## MARCO METODOLÓGICO

### Hipótesis

La depresión moderada provoca inestabilidad en las relaciones familiares.

La inexistencia de una buena comunicación es el factor desencadenante para una mala relación familiar.

Los pacientes con depresión moderada presentan una autoestima disminuida.

### Matriz de variables.

Variable Independiente	Variable dependiente
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>RELACIONES SOCIALES</b>
Es una alteración en las emociones, en la conducta, como también en sus facultades cognitivas provocando aislamiento y desmotivación en la persona que lo experimenta.	Las relaciones sociales son conductas y comportamientos que dentro de un grupo social también conocido como grupo persona dentro del grupo social desempeña roles recíprocos sociedad y actuaran de acuerdo a las mismas normas, valores y emociones.



Definición Operacional				Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Emociones	-Baja Autoestima	Si/No	Test	Presencia de afecto(amor incondicional)	Seguridad Reconocimiento Apoyo	Nunca Muy rara vez Algunas veces Con frecuencia Casi siempre	Entrevista Cuestionario
	-Sentimientos de desesperanza	Si/No	Entrevista	Autoridad Participativa	Derechos Obligaciones Responsabilidades	Nunca Muy rara vez Algunas veces Con frecuencia Casi siempre	Entrevista Cuestionario
Conducta	-Pérdida o aumento de apetito -Insomnio o Hipersomnia	Si/No Si/No	Observación Entrevista	Presencia de Valores	Éticos Morales Culturales	Nunca Muy rara vez Algunas veces Con frecuencia Casi siempre	Entrevista cuestionario
Cognitivo	-Alteraciones del pensamiento -Dificultad de concentración -Ideas Negativas	Si/No Si/No Si/No	Entrevista Test	Trato Positivo	Agradable Constructivo	Nunca Muy rara vez Algunas veces Con frecuencia Casi siempre	Entrevista Cuestionario

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

<b>OBJETIVO:</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
Investigar como la falta de habilidad para comunicarse influye en la relación familiar	La inexistencia de una buena comunicación es el factor desencadenante
	para una mala relación familiar
<b>MATRIZ DE VARIABLES</b>	
<b>Variable Independiente</b>	<b>Variable dependiente</b>
<b>Habilidad de Comunicación</b>	<b>Relación Familiar</b>
Las personas con déficit en habilidades sociales y de comunicación	Es un fenómeno conductual y comportamental de individualización,
experimentan sentimientos de aislamiento social y familiar	a través del cual dan paso a un protagonismo de la existencia
rechazo y baja autoestima como consecuencia de percibirse	estrictamente individual con vínculos, valores y afectos propios de cada
así mismo como incompetentes tanto social como familiar	Individuo.
<b>A, Beck, Sistema de Psicoterapia llamada Terapia Cognitiva, 1960</b>	<b>BECK-GERNSHEIM, La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de Convivencia, Barcelona, España.</b>

Definición Operacional				Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Emociones	Aislamiento Social	Siempre Casi Siempre Nunca	Cuestionario	Presencia de afecto (amor incondicional)	Seguridad reconocimiento apoyo	Nunca Muy rara vez Algunas veces , Con frecuencia Casi siempre	Cuestionario
	Aislamiento Familiar	Siempre Casi Siempre Nunca	Cuestionario	Autoridad Participativa	Derechos Obligaciones Responsabilidades	Nunca Muy rara vez Algunas veces , Con frecuencia Casi siempre	Cuestionario
	Rechazo Afectivo	Siempre Casi siempre Nunca	Cuestionario	Presencia de valores	Éticos Morales Culturales	Nunca Muy rara vez Algunas veces Con frecuencia Casi siempre	Cuestionario
	Baja Autoestima	Si/No	Test	Trato Positivo	Agradable Constructivo	Nunca Muy rara vez Algunas veces , Con frecuencia Casi siempre	Cuestionario
Cognitivo	Ideas Negativas	Siempre Casi siempre Nunca	Entrevista				

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

MATRIZ DE VARIABLES	
Variable Independiente	Variable dependiente
<b>Depresión</b>	<b>Autoestima</b>
Consideración negativa de si mismo que ocasiona baja autoestima y autoconcepto. Consideraciones negativas del entorno interpreta erróneamente las situaciones externas. Consideraciones negativas del futuro, se anticipan que los acontecimientos saldrán negativamente (Desesperanza)	El tener una buena autoestima se traduce en tener una buena salud mental. Proporciona una adecuada confianza en uno mismo, enseñar a la persona a pensar de otro modo ante los problemas y síntomas que padece, lo ayudará a reducir las emociones negativas y a reaccionar ante los problemas de un modo que le lleve a su solución.
<b>A Beck "Triada de la Depresión</b>	<b>A, Beck, Sistema de Psicoterapia llamada Terapia Cognitiva, 1960.</b>

Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Emociones	Baja Autoestima	Si/No	Test
	Sentimientos de Desesperanza	Si/No	Entrevista
Conducta	Perdida o aumento de apetito	Si/No	Observación
	Insomnio o Hipersomnia	Si/No	Entrevista
Cognitivo	Alteraciones del pensamiento	Si/No	Entrevista
	Dificultad de Concentración	Si/No	Entrevista
	Ideas Negativas	Si/No	Test

Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Salud Mental	Equilibrio mental Confianza Asertividad Motivación	Baja Media Excesiva	Cuestionario
Emociones	Tristeza	Siempre Casi Siempre Nunca	Entrevista
	Temor	Siempre Casi siempre Nunca	Entrevista
	Ira	Siempre Casi siempre Nunca	Entrevista

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Tipo de Investigación.**

Esta investigación es de tipo Correlacional explicativa con el objetivo medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular. En ocasiones este tipo de investigación realiza la relación entre dos variables, pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres variables, en este caso entre la independiente y dependiente.

**Diseño de la Investigación.**

Esta investigación se utilizó el diseño cuali-cuantitativo, de tipo no probabilístico el mismo que permitió determinar los síntomas de una persona depresiva y cuáles son los factores que pueden que inciden a que una persona se siente depresiva en el contexto donde se desenvuelven.

**Población y muestra**

La población a investigada fueron los pacientes hombres y mujeres que reciben atención en el Instituto Médico Tierra Nueva en el área de Psicología del servicio de consulta externa, periodo 2011-2012, teniendo registrados a 19 pacientes entre 20 a 25 años, que sufren o han sufrido depresión moderada.

**Diseño de la muestra.**

Se aplicó un modelo probabilístico de estilo Aleatorio Simple en el Instituto Médico Tierra Nueva.

**Tamaño de la muestra.**

El universo del área de Psicología del Instituto Médico Tierra Nueva es de 20 personas, de los cuales la muestra para la investigación es de 19 pacientes con aparente depresión.

**Técnicas e instrumentos**

**Historia clínica.-** Con el fin de procesar los datos obtenidos de los casos que presenten Depresión Moderada.

**Observación clínica.-** Permite la recolección de datos útiles para esta investigación.

**Psicométrica.-** Test de Beck, Autoestima de Rosenberg y cuestionarios de relación familiar y habilidad de comunicación, estos instrumentos permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los tipos de depresión en los pacientes.

En los instrumentos para el desarrollo de esta investigación se utilizó: Test de Beck, el Test de Rosenberg, el cuestionario de relación familiar y el cuestionario de Habilidad de Comunicación

### **Análisis de validez y confiabilidad.**

Para el análisis de validez y confiabilidad se utilizó los siguientes instrumentos:

**Test de Beck:** es un instrumento de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se calificó en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se sumaron dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tuvo una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

**Test de Rosenberg:** donde se midió el nivel de autoestima, la misma que consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permitió obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.

**Cuestionario de relación familiar:** Este cuestionario ayudó a saber si existe o no una buena comunicación dentro del entorno familiar.

**Cuestionario de Habilidad de Comunicación:** Este cuestionario ayudó a medir la habilidad que tienen las personas para poder comunicarse sobre lo que siente o necesita, este cuestionario permitió medir por escalas como son: siempre, con frecuencia, algunas veces, muy rara vez, o nunca.

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

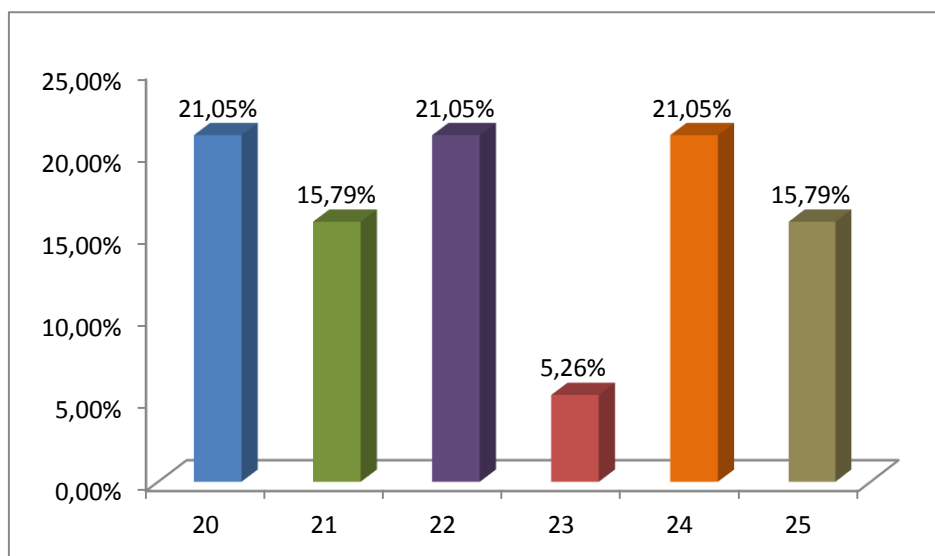
### Análisis de la población.

**Tabla 1** Edad de la población investigada

Variables	Frecuencia	Porcentaje
20	4	21,05%
21	3	15,79%
22	4	21,05%
23	1	5,26%
24	4	21,05%
25	3	15,79%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Gráfico 1** Edad de la población investigada



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### INTERPRETACIÓN:

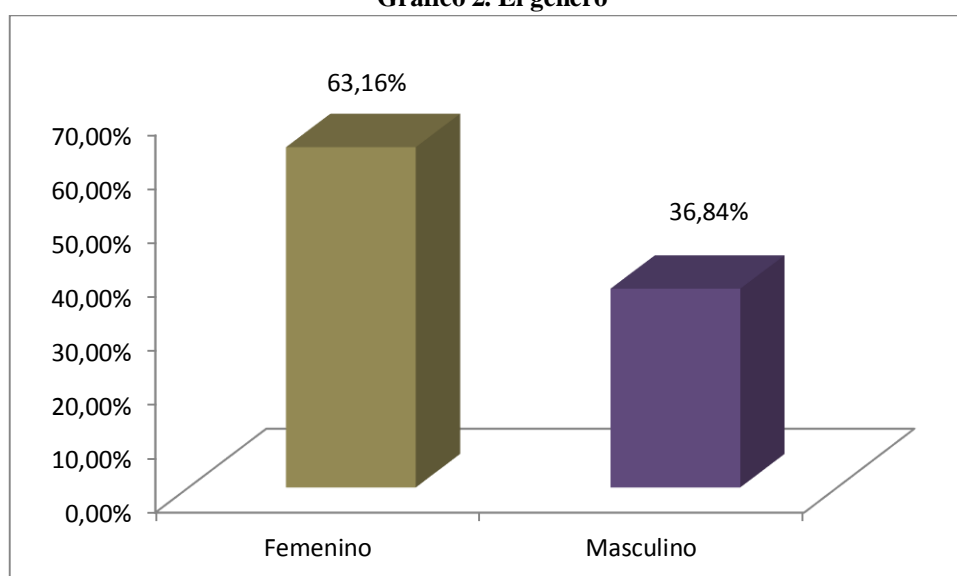
El 21.05% de los encuestados tiene una edad de 20 años, el 15.79% está en los 21 años, el 21.05% es de 22 años, el 5.26% está en 23 años, el 21.05% poseen 24 años y finalmente el 15.79% está en una edad de 25 años.

**Tabla 2. El género**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	12	63,16%
Masculino	7	36,84%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 2. El género**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### **INTERPRETACIÓN:**

El 63.16% de los encuestados fue de género femenino y el 36.84% fue de género masculino

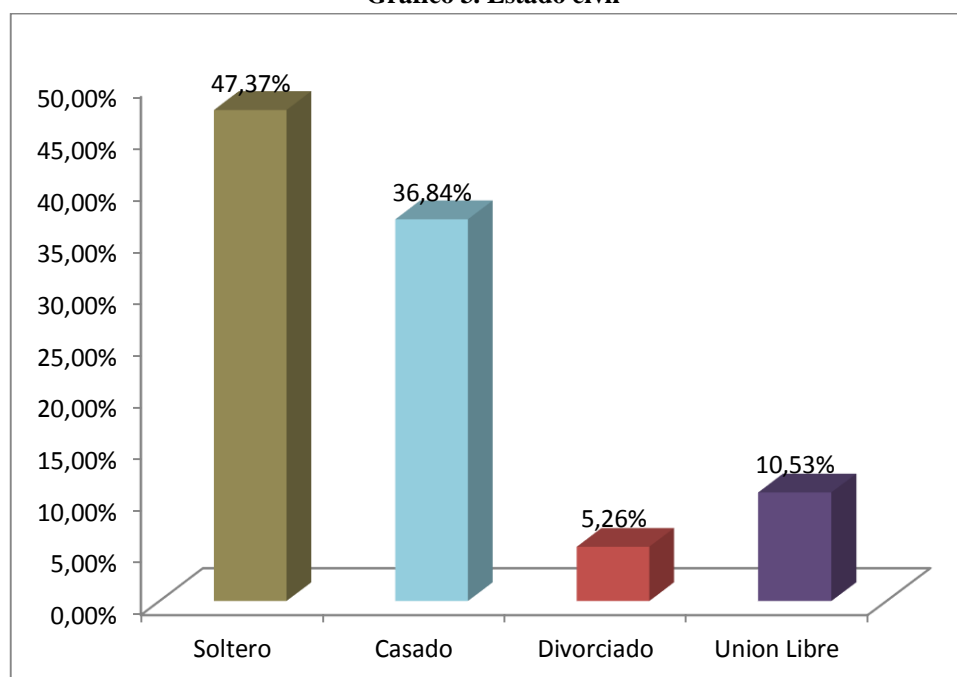


**Tabla 3. Estado civil**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	47,37%
Casado	7	36,84%
Divorciado	1	5,26%
Union Libre	2	10,53%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 3. Estado civil**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### **INTERPRETACIÓN:**

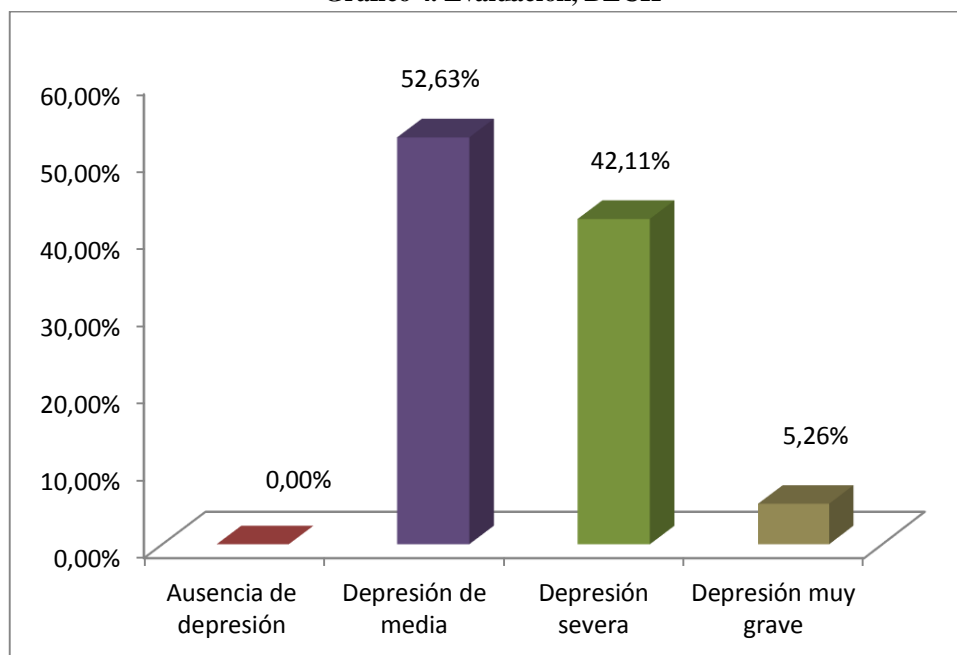
El 47.37% de los encuestados fueron solteros, el 36.84% resultaron ser casados, el 5.26% eran divorciados y finalmente el 10.53% se encuentra en una relación de unión libre

**Tabla 4. Evaluación, BECK**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ausencia de depresión	0	0,00%
Depresión de media	10	52,63%
Depresión severa	8	42,11%
Depresión muy grave	1	5,26%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 4. Evaluación, BECK**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### **INTERPRETACIÓN:**

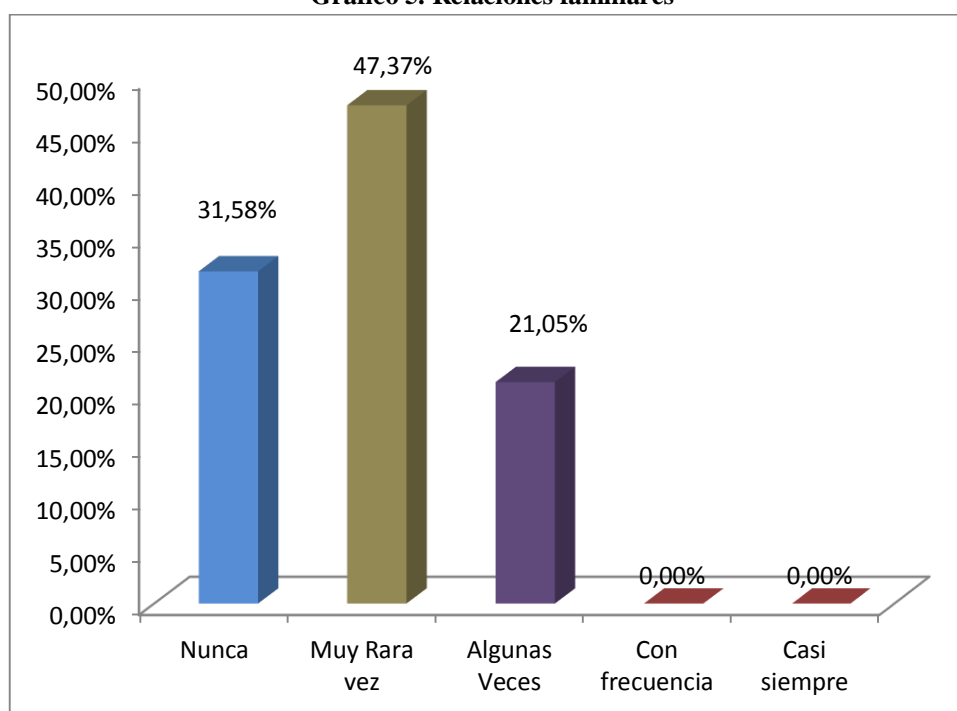
De los encuestados el 52.63% presenta una depresión de media, el 42.11% presentó una depresión severa y finalmente el 5.26% de los encuestados presentaron una depresión muy grave.

**Tabla 5. Relaciones familiares**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	6	31,58%
Muy Rara vez	9	47,37%
Algunas Veces	4	21,05%
Con frecuencia	0	0,00%
Casi siempre	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 5. Relaciones familiares**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

## **INTERPRETACIÓN:**

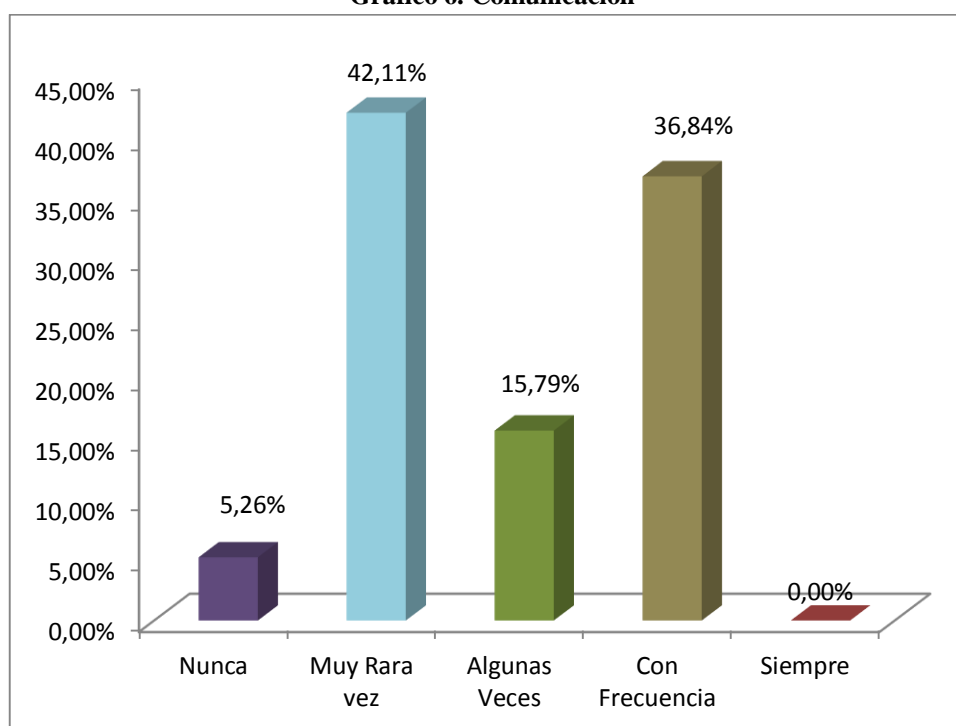
El 31.58% de los encuestados en cuanto a las relaciones familiares mencionaron que nunca lo tiene, el 47.37% que existe muy rara vez, y finalmente para el 21.05% la relaciones familiares se presentan algunas veces.

**Tabla 6. Comunicación**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	1	5,26%
Muy Rara vez	8	42,11%
Algunas Veces	3	15,79%
Con Frecuencia	7	36,84%
Siempre	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 6. Comunicación**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### **INTERPRETACIÓN:**

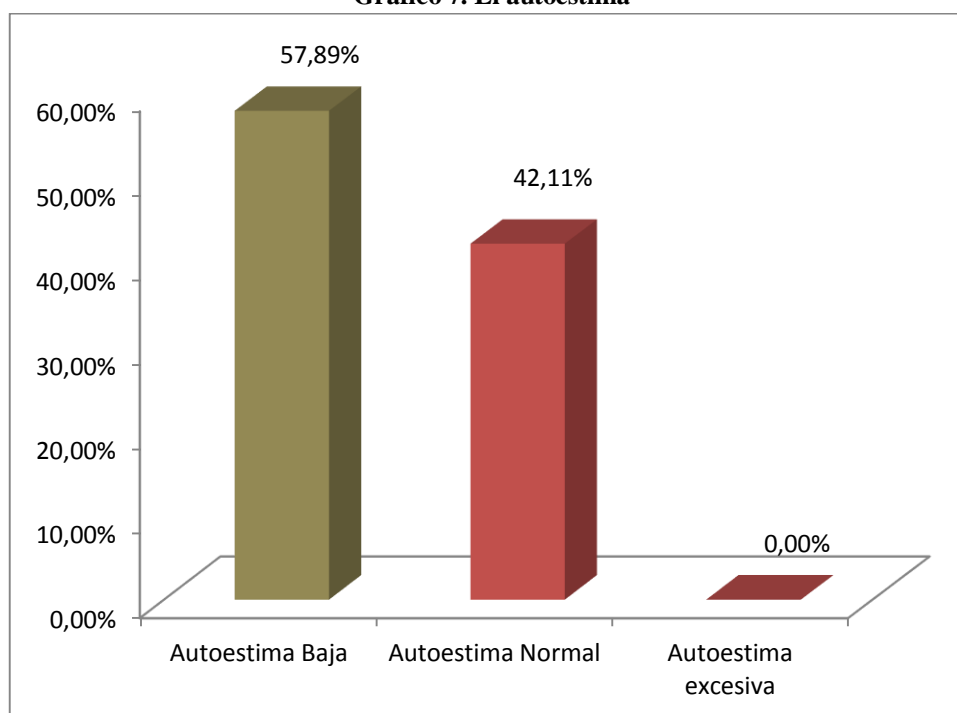
Para el 5.26% de los encuestados la comunicación nunca se da, mientras que el 42.11% mencionaron que es muy rara vez, para el 15.79% solo se da algunas veces y finalmente para el 36.84% opinaron que la comunicación se da con frecuencia.

**Tabla 2 El autoestima**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Baja	11	57,89%
Autoestima Normal	8	42,11%
Autoestima excesiva	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**Grafico 7. El autoestima**



**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

### INTERPRETACIÓN:

El 57.89% de los encuestados obtuvieron un resultado de autoestima baja, mientras que el 42.11% obtuvo una autoestima normal.

### **Discusión de los resultados**

El trabajo desarrollado denominado la influencia de la depresión moderada en las relaciones familiares de pacientes fue realizada a personas que acuden en a la Fundación Tierra Nueva de edades entre 20 a 25 años durante el periodo 2011-2012.

Los resultados del estudio demuestran que la depresión moderada provoca inestabilidad en las relaciones familiares, cuando existe un mayor grado de depresión con ello coexistirá una inestabilidad en todas las relaciones familiares. Según Hernández, M (2010) en su trabajo denominado: “Tratamiento de la conducta de la depresión, un análisis de caso” considera la importancia de identificar la depresión que debe estar encaminado a disminuir esta enfermedad por medio de la intervención psicológica.

HO: La depresión moderada provoca inestabilidad en las relaciones familiares

H1: La depresión moderada no provoca inestabilidad en las relaciones familiares

**Tabla 8. Pruebas de Chi-Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6,571 <sup>a</sup>	4	,160	,150 <sup>b</sup>	,143	,157			
Razón de verosimilitudes	8,064	4	,089	,109 <sup>b</sup>	,102	,115			
Estadístico exacto de Fisher	6,090			,147 <sup>b</sup>	,140	,154			
Asociación lineal por lineal	4,253 <sup>c</sup>	1	,039	,060 <sup>b</sup>	,055	,065	,031 <sup>b</sup>	,027	,034
N de casos válidos	19								

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de  $P \geq \alpha$ .

La prueba realiza entre las variables relaciones familiares y la escala de BECK, se obtiene como valor  $P = 0.160$ . Y este valor es mayor que  $\alpha$  (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Ho: La inexistencia de una buena comunicación es el factor desencadenante para una mala relación familiar.

H1: La inexistencia de una buena comunicación no es un factor desencadenante para una mala relación familiar.

**Tabla 9. Pruebas de Chi-Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)	
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.
					Límite inferior	Límite superior	
Chi-cuadrado de Pearson	12,164 <sup>a</sup>	6	,058	,034 <sup>b</sup>	,031	,038	
Razón de verosimilitudes	15,277	6	,018	,026 <sup>b</sup>	,023	,030	
Estadístico exacto de Fisher	10,744			,035 <sup>b</sup>	,031	,039	
Asociación lineal por lineal	9,308 <sup>c</sup>	1	,002	,001 <sup>b</sup>	,000	,001	,001 <sup>b</sup>
N de casos válidos	19						

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de  $P \geq \alpha$ .

La prueba realiza entre las variables relaciones familiares y la comunicación, se obtiene como valor  $P = 0.058$ . Y este valor es mayor que  $\alpha$  (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

HO: Identificar el nivel de autoestima del paciente crea una mala relación familiar.

H1: Identificar el nivel de autoestima del paciente no crea una mala relación familiar.



**Tabla 10. Pruebas de Chi-Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6,807 <sup>a</sup>	2	,033	,049 <sup>b</sup>	,045	,054			
Razón de verosimilitudes	9,000	2	,011	,031 <sup>b</sup>	,027	,034			
Estadístico exacto de Fisher	6,737			,041 <sup>b</sup>	,037	,045			
Asociación lineal por lineal	5,860 <sup>c</sup>	1	,015	,022 <sup>b</sup>	,019	,025	,014 <sup>b</sup>	,011	,016
N de casos válidos	19								

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de  $P \geq \alpha$ .

La prueba realiza entre las variables relaciones familiares y la comunicación, se obtiene como valor  $P = 0.033$ . Y este valor es menor que  $\alpha$  (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

La investigación fue desarrollada en la FUNDACIÓN TIERRA NUEVA, a grupo de pacientes que comprendía edades de 20 a 25 años, determinadas en el periodo 2011 – 2012, donde existió la colaboración de los pacientes que acuden a esta fundación.

Debido a que esta investigación reúne varias características importantes se puede mencionar que la obtención de los resultados fue basado en las particularidades de la fundación, pero que se utilizó como medio para la recolección de datos test que con anterioridad han sido utilizados, además de la implementación de un test basado siguiendo los principios de los anteriores con el fin de que los resultados permitan validar la hipótesis de investigación.

Como resultado final para la hipótesis “La depresión moderada provoca inestabilidad en las relaciones familiares” fue comprobada mencionando que realmente a mayor grado de depresión existirá una inestabilidad en todas las relaciones familiares.

Para la hipótesis “La inexistencia de una buena comunicación es el factor desencadenante para una mala relación familiar”, también fue analizada y como resultado final se aceptó la hipótesis mencionando que entre menor sea la comunicación exista una mala relación familiar.

Finalmente para la hipótesis “Identificar el nivel de autoestima del paciente crea una mala relación familiar”, los resultados permitieron rechazar la hipótesis nula mencionando que la autoestima no es un factor que influya en las relaciones familiares.

El estudio sobre la influencia que tiene la depresión moderada en las relaciones familiares del paciente fue realizado a grupo de pacientes en la fundación con características específicas por lo que estos resultados no pueden ser considerados para un grupo más grande de la población.

## **Recomendaciones**

La Fundación Terra Nueva debe seguir manejando el Sistema de Salud Integrado de la Fundación Tierra Nueva, para desarrollar un proceso de trabajo en equipo del Comité de Salud integrado por los gerentes, administradores y coordinadores de los subprogramas: Instituto Médico Tierra Nueva, Hospital Un Canto a la Vida-Padre José Carollo, Salud Comunitaria y Sistema de Medicina Pre pagada para beneficiar a la población con programas destinados a identificar, diagnósticas y tratar a las personas que presenten síntomas de depresión en todos sus ámbitos, para posteriormente sean tratados adecuadamente.

Se sugiere que para la obtención completa de cualquier tipo de resultados requeridos, sobre todo en la Fundación Terra Nueva, es necesario ampliar los estudios tomando en cuenta todos los aspectos relevantes que estén ligados a la temática como estudios ya realizados.

Los organismos de salud deben promover la salud mental y el vínculo en la familias que han sido identificadas, en este caso de la Fundación Terra Nueva, aplicando programas de prevención primaria para diagnosticar a tiempo la depresión, secundaria para curarla y en un tercer instante para evitar nuevos casos de intento de suicidio, en casos extremos. Además que debe crearse una etapa de sensibilización para romper con la estigmatización de los pacientes con depresión que han querido auto eliminarse y posteriormente reintegrarlo a la sociedad productiva que es el fin mismo de la salud mental.

Es importante que en la Fundación se implemente un programa de apoyo que permita efectuar cambios comunicacionales en las familias, enfatizando el diálogo y la interacción, proceso que al desarrollarse en el entorno familiar tiene una estructura con altos niveles de complejidad, aquí figuran en todo momento no sólo mensajes interpersonales directos sino señales muy valiosas para la persona que las recibe.

Es sustancial desde la Fundación Terra Nueva empezar a concienciar al personal de salud y a la población en general sobre la situación, los problemas, causas y consecuencias que puede poseer una persona con depresión si no es tratada en el momento adecuado y con ello los efectos en las relaciones familiares, esto permitirá concienciar y aclarar pensamientos equivocados que giran alrededor de esta enfermedad.

El estudio realizado no cubrió toda la problemática relacionada con la depresión y la influencia en relaciones familiares, por ello se recomienda motivar a las personas dentro de la Fundación Terra Nueva, el desarrollo de proyectos que busquen alternativas de solución a las diversas temáticas que incluyen a las personas que padecen depresión y a las familias.

## C. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

### Tangibles

- Bailón Blanco y cols (1991). La depresión. Editorial.
- Barroso, Ana Ma (2007). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Tercera edición.
- Beck, Aaron. Rush, John. Shaw, Brian. Emery, Gary. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión* Editorial Desclee de Brouwer.
- Beck A.T. y cols (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. New York.
- Brian F.y A.T. Beck. (1981) Tratamiento de la depresión con terapia cognitiva. Manual de Terapia Racional Emotiva. (Ellis). Desclee de Brouwer S.A.
- Blehar MC, Oren DA. (1997) *Gender differences in la depresión*. Medscape Las Mujeres's Salud, Fuente CIE-10.
- Cava M , Musitu, Vera A.(2000) *Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Ánimo Depresivo*, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España y Universidad de Morelos, México
- CIE10. (1996). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. OMS
- DSM-V (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Frank E, Karp JF, y Rush AJ. (2006) *Eficacia de El tratamientos Para mejorar la depresión*. Psychopharmacology Bulletin.
- Isla P. (2000) *El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia*. Cultura de los Cuidados.
- Jeon YH (2003) *Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities*. PsychiatricMentHealthNurs, 10.
- Pereira-Tercero R. (1996) *Recepción de la terapia familiar*. Estudio de los artículos publicados en las revistas Españolas de Psiquiatría Redes (1984-1990).
- Quinn, Brian, P. (2006). *Todo sobre Depresión*. Segunda edición
- Rodríguez, D., (2006). Autoestima con enfoque de género Paraguay, 1 era. Ed.
- Roca M, Ubeda I. (2000) *Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares*. Atención Primaria.
- Taylor SJ, Bogdan R. (1996) Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.
- Vallejo, J, 2007) *Ante la Depresión*. Editorial Panamericana

## **ANEXOS**

### **ANEXO A. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

**CARRERA:** Psicología Clínica

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Psicología Clínica

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** Sara Martínez

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** Dr. Oswaldo Montenegro

**AÑO LECTIVO:** 2011-2012

#### **1. TÍTULO**

COMO INFLUYE LA DEPRESIÓN MODERADA EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA FUNDACIÓN DE TIERRA NUEVA DE EDADES ENTRE 20 A 25 AÑOS EN EL PERIODO 2011-2012.

#### **2. JUSTIFICACIÓN**

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia de la humanidad. El patriarca bíblico Job padeció una importante depresión en el siglo I y las antiguas civilizaciones Egipcias hicieron mención del problema.

En la actualidad se calcula que un 12% de la población adulta sufrirá un episodio depresivo, Soto (1992) y la enfermedad se ha extendido tanto que se la ha llamado "el resfriado de la enfermedad mental".

Los datos estadísticos acerca de las depresiones son importantes para ver el grado en que se presentan los diferentes tipos de depresiones en el mundo y las personas incluyendo a los niños, adolescentes y adultos, las cuales van a pensar que son las mujeres las más propensas a sufrir enfermedades depresivas que los hombres, ya que Breton (1998) encontró que en cada 3 pacientes hospitalizados a causa de algunos de estos trastornos, 2 son mujeres, la mayoría de ellas están casadas; esto induce a suponer que por el ritmo de vida que llevan estas son más susceptibles a las enfermedades depresivas; la forma en que la sociedad las trata así como lo que espera de ellas, desde luego que depende de las costumbres sociales de determinada época en que le toque vivir.

Los cambios del papel que desempeña la mujer en la sociedad y la tendencia general a participar más que antes en actividades ajenas al hogar, por ejemplo el trabajo, lo cual significa que entonces dispone de poco tiempo para ellas mismas debido a que deben cuidar a los niños pequeños, al trabajo, es por eso que en ocasiones tienden a perder su sentido de identidad, que solo están para

atender a los demás y esto hace que pierdan su autoestima y confianza en si mismas lo cual es un rasgo común en las depresiones, es por tal que las estadísticas en relación al sexo están encaminadas hacia ese sentido como lo comprueba Polaino (1980) afirmando que la especial incidencia en la mujer es del 10.7 por ciento frente a la existente en el hombre que es del 3.1 por ciento, mucho menos de la mitad y que por lo menos el 6 por ciento de las mujeres y el 3 por ciento de los hombres han experimentado un episodio de depresión grave suficiente como para requerir hospitalización. A pesar de lo mencionado de que las mujeres sufren más, en porcentaje, un tipo de depresión que el hombre no hay que olvidar que este también presenta episodios depresivos en su vida no por problemas como los que se le presentan a la mujer pero si y también en algunas ocasiones debido a los factores sociales.

Las investigaciones de Breton (1998) que una posible razón de las presentaciones depresivas en el hombre podría ser que el cambiar los papeles que interpretan las mujeres, los hombres se sienten menos seguros de los suyos porque antes él podía considerarse como la cabeza de la familia y principal proveedor de la misma, la reciente resistencia de las mujeres de quedarse en casa en calidad de subordinadas a puesto el papel del hombre entredicho. Los hombres entonces sienten que no pueden asumir la posición dominante sencillamente por haber nacido hombres.

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia de la humanidad. El patriarca bíblico Job padeció una importante depresión en el siglo I y las antiguas civilizaciones Egipcias hicieron mención del problema. En la actualidad se calcula que un 12% de la población adulta sufrirá un episodio depresivo, según Soto (1992) y la enfermedad se ha extendido tanto que se la ha llamado "el resfriado de la enfermedad mental".

A lo largo de la historia se han desarrollado múltiples clasificaciones diagnósticas y han surgido diversidad de presuntas etiologías y multitud de terapias. La intervención sobre la depresión comienza a ser psicoterapéuticamente más eficaz a raíz del desarrollo de los modelos cognitivo conductuales, cuyo ámbito de aplicación amplio y flexible, abarca al individuo, la familia y el grupo; extendiéndose a la sociedad, en su unión con el modelo de competencia.

La utilidad de estos estudios realizados es de vital importancia tanto para el depresivo y su familia como para la sociedad en la que se relaciona. Así entonces un buen diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado puede ayudar a disminuir estas estadísticas que podrían ser alarmantes en el futuro.

El interés de este tema surge porque al hacer las prácticas en la Fundación de Tierra Nueva pude darme cuenta que existe una gran cantidad de personas con este problema es por esta razón que es factible realizar esta investigación ya que a su vez tengo acceso a este tipo de pacientes.

### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

#### **3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Conocer cómo influye la depresión moderada en las relaciones familiares.

En la actualidad la información sobre depresión ha aumentado considerablemente, aun así existen graves falencias en los procesos de tratamiento, ya que la mayoría de los pacientes así como también su familia no suele vincularse totalmente en el proceso terapéutico en varios de los casos.

La falta de intervención psicológica inmediata evita la recuperación del paciente, tornándose este fenómeno como un círculo vicioso que no desaparecerá de la sociedad ecuatoriana.

Mediante intervención psicológica se puede evitar que la depresión cause conflictos y desarrolle impulsos negativos en el paciente así como también en las relaciones familiares.

#### **3.2.- PREGUNTAS:**

- ¿Cuáles son los síntomas que se presentan en la depresión moderada?
- ¿Cuáles son los tipos de depresión más frecuentes en el servicio de consulta externa del Instituto Médico Terra Nueva?
- ¿Cuáles son las causas para que se presente la depresión moderada?

#### **3.3.- OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer e investigar cómo la depresión moderada influye en las relaciones familiares de pacientes que acuden a la “Fundación de Tierra Nueva” de edades entre 20 a 25 años en el periodo 2011-2012.

#### **3.4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los síntomas que se presentan en la depresión.
- Determinar cómo afecta la depresión en las relaciones sociales.
- Analizar las causas para que exista la depresión.

#### **3.5.- DELIMITACIÓN ESPACIO TEMPORAL:**

Esta investigación será desarrollada en el servicio de consulta externa del Instituto Médico Terra Nueva, con los pacientes de entre 20 a 25 años que asisten de forma voluntaria, por presentar sintomatología producto de la depresión moderada durante el periodo 2010-2011.

## **4.- MARCO TEÓRICO**

### **4.1.- POSICIONAMIENTO TEÓRICO: Cognitivo - Conductual**

La perspectiva científica de la Salud Mental, rechaza el absurdo de buscar una única causa para la depresión, observando una génesis multifactorial, con varias dimensiones que abarcan desde la naturaleza más estrictamente biológica, hasta la psicológica o psicosocial.

A. Soto y cols. (1992) subdividen la etiopatogenia en factores genéticos, somáticos (enfermedades, trat.medic,...), psicológicos, socioculturales, ambientales, de personalidad y alteraciones bioquímicas por posible déficit/desequilibrio de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina). Muchos de estos factores más que etiológicos son elementos que aumentan el riesgo o la vulnerabilidad de padecer el trastorno, pero dejan clara la naturaleza biopsicosociológica de la depresión.

### **4.2.- PLAN ANALÍTICO: TÍTULOS Y SUBTÍTULOS**

#### **CAPITULO 1.**

#### **LA DEPRESIÓN**

##### **1.1** Introducción.

##### **1.2** Definición.

##### **1.3** Clasificación de la depresión.

##### **1.4** Causas de la depresión.

##### **1.5** Consecuencias.

##### **1.6** Desarrollo evolutivo de la depresión.

#### **CAPITULO 2.**

#### **RELACIONES FAMILIARES**

##### **2.1** Introducción.

##### **2.2** Definición.

##### **2.3** Factores causales.

##### **2.4** Síntomas.

##### **2.5** Consecuencias.

#### **CAPITULO 3.**

#### **INSTITUTO MÉDICO TIERRA NUEVA**

##### **3.1** Datos generales.

##### **3.2** Antecedentes.



**3.3** Compromisos.

**3.4** Servicios del Instituto médico Tierra Nueva.

**3.5** Sistema de salud integral.

**3.6** Salud comunitaria.

**3.7** Brigadas.

#### **4.3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL MARCO TEÓRICO.**

**López-Villalobos JA, Sánchez-Azón MI, Sotelo-Martín E, Rodríguez-Martín MT.** *Terapia cognitivo conductual en la depresión:*

**Lilly,** Palencia, 1994 p. 3-14, *Un modelo de competencia. En Colegio Oficial de Médicos.* Actualización de los trastornos depresivos en Atención Primaria.

**Brian F.y A.T. Beck.** *Tratamiento de la depresión con terapia cognitiva.* Manual de Terapia Racional Emotiva. (Ellis). Desclee de Brovwer S.A.1981

**Caro I.** *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión. En Manual de psicología clínica aplicada.* Ed. s. XXI. 1991.

#### **5.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.**

Enfoque Cuantitativo.

#### **6.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

Investigación Correlacional: este tipo de investigación tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación existente entre dos o más variables, se caracteriza por medir las variables y luego mediante el uso de la estadística determinar su relación.

## 7.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

### OBJETIVO:

Determinar cómo afecta la depresión moderada en las relaciones Sociales familiares .

### HIPÓTESIS:

La depresión provoca inestabilidad en las relaciones

### MATRIZ DE VARIABLES

Variable Independiente	Variable dependiente
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>RELACIONES SOCIALES</b>
Es una alteración en las emociones, en la conducta, como también en sus facultades cognitivas provocando aislamiento y desmotivación en la persona que lo experimenta.	Las relaciones sociales son conductas y comportamientos que dentro de un grupo social también conocido como grupo persona dentro del grupo social desempeña roles recíprocos sociedad y actuaran de acuerdo a las mismas normas, valores y emociones.

Definición Operacional				Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Instrumento Emociones	Miedo Tristeza	Si Si	Observación Entrevista y Cuestionario	Conductas	Aislamiento	Casi siempre	Entrevista
Conducta	Aislamiento Desgano	Si Si	Observación Entrevista	Comportamiento	Negativo Dependiente	Rara vez Rara vez	Entrevista Test

Cognitivo	Falta de Concentración Falta de memoria	Si  Si	Entrevista  Entrevista	Emociones	Tristeza Miedo	Casi siempre Casi siempre	Cuestionario Test
-----------	---	--------------	------------------------------	-----------	-------------------	------------------------------	----------------------

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

**OBJETIVO:**

Identificar los síntomas que se presentan en la depresión

**HIPÓTESIS**

La depresión provoca vulnerabilidad frente a la sociedad.

Variable Independiente	Variable dependiente
AISLAMIENTO	RELACIÓN FAMILIAR
Alejarse de las personas, amigos, de la comunidad, no comparten ni con su propia familia por temor a ser criticados suelen ser tímidos y esto provoca afectación en su estado emocional.	Tienen características únicas son íntimos continuos, variados y complejos se dan en situaciones de trato directo, son complementarios y se desarrollo tanto en lo verbal, emocional, e intelectual o verbal

Definición Operacional				Definición Operacional			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Temor	Miedo Baja Autoestima	Si Si	Observación Cuestionario y Entrevista	Características Únicas	Íntimas Continuas Variadas Complejas	Casi siempre Rara vez Rara vez Rara vez	Entrevista Entrevista Entrevista Entrevista
Timidez	Inseguridad	Si	Entrevista	Trato Directo.	Empatía Apatía	No Si	Cuestionario Cuestionario
				Emociones	Miedo Tristeza	Casi siempre Casi siempre	Test Cuestionario
				No verbal	Gestos positivos Gestos negativos	No Si	Entrevista Entrevista

**Fuente:** Investigación 2011-2012. Realizada en la Fundación de Tierra Nueva. Sara Martínez.

## **8.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Diseño cuantitativo no experimental.

## **9.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.**

### **9.1.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **9.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA**

Los sujetos de investigación serán hombres y mujeres en edades comprendidas de 20 a 25 años de cualquier estrato económico que sufren o han sufrido depresión moderada y que acuden voluntariamente al servicio de consulta externa del Instituto Médico Tierra Nueva durante el periodo 2010-2011.

#### **9.1.2.- DISEÑO DE LA MUESTRA**

El servicio de consulta externa de Psicología del El IMTN aproximadamente 700 pacientes al año de todas las edades, de los cuales se calcula que 150 son adultos con distintos tipos de problemas; se calcula que de esta cifra el 10% (15 adultos) asisten por síntomas relacionados con la depresión moderada; se ha considerado las edades de 20 a 25 años por tener más factibilidad en la investigación.

#### **9.1.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra del 100% de los casos (15 adultos) con los que se procederá a realizar la investigación.

## **10.- MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

### **10.1- MÉTODOS:**

**10.1.1 Método estadístico:** Procesamiento, análisis e interpretación de los datos

**10.1.2 Método Psicométrico:** sirve para la valoración de la depresión moderada y la relación familiar.

**10.1.3 Método clínico:** son los pasos ordenados en la obtención de información sobre síntomas, signos y otros datos para establecer hipótesis diagnóstica a cerca de los investigados e ir a su comprobación final.

## **10.2.- TÉCNICAS**

**10.2.1** Historia clínica.- con el fin de procesar los datos abstraídos de los casos que presenten Depresión Moderada

**10.2.2.** Observación clínica.- permite la recolección de datos que nos serán útiles para nuestra investigación

**10.2.3** Hamilton y Beck: cuestionarios de la Depresión: Estos instrumento permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los tipos de depresión en los pacientes.

## **10.3.- INSTRUMENTOS.**

**10.3.1.-** Hamilton.

**10.3.2.-** Beck

## **11.- FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

**11.1.-** Contratos, acuerdos y compromisos con directivos y sujetos de investigación

**11.2.-** Recolección de información

**11.2.1.-** Selección y/o construcción de elementos

**11.2.2.-** Aplicación de instrumentos

## **12.- PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los resultados serán analizados mediante los baremos de cada test y también se utilizara la estadística para poder determinar psicométricamente cada variante de la investigación.

### **OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN**

Identificar los síntomas de la depresión

- Presencia de miedo y tristeza
- Presencia de aislamiento, desgano provocado por su conducta.

Como el aislamiento influye en la relación familiar.

- Presencia de inseguridad y baja autoestima.

Como la depresión afecta las relaciones familiares.

- Falta de atención y preocupación por sí mismo y por los demás.

### **13.- RESPONSABLES**

**13.1 ALUMNO:** Sara Patricia Martínez Chicaiza

**13.2 SUPERVISOR DE INVESTIGACIÓN:** Dr. Oswaldo Montenegro.

### **14.- RECURSOS**

#### **Humanos:**

- Psicólogo Clínico
- Pasantes de Psicología Clínica
- Pacientes que acuden a Tierra Nueva

#### **Materiales:**

- Historia clínica
- Espacio físico
- Reactivos psicológicos con sus respectivos protocolos y baremos de corrección
- Implementos de oficina (hojas de papel bond, lápices, papel periódico, marcadores, pizarrón, tizas)
- Computadora
- Copias de los reactivos y encuestas
- Papel universitario.

#### **Técnicos:**

- Método científico
- Método psicométrico
- Psicoterapia
- Revisión bibliográfica

#### **Económicos:**

- Transporte: \$0.25 por estudiante (\$432 al año)
- Material de escritorio \$20
- Lápices, esferos \$5
- Copias de material bibliográfico \$100
- Material didáctico (juegos educativos, rompecabezas) \$10
- Hojas de papel universitario y derechos \$40

-TOTAL: \$607

**Financiamiento:**

Los recursos financieros estarán solventados totalmente por el estudiante

**15.- CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN**

fases	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Mar	Abril	Mayo	junio	julio	agosto	septiembre
Elaboración, presentación y aprobación del plan de investigación												
Desarrollo de temas del marco Teórico												
Recolección de información												
Procesamiento, análisis y presentación												
Elaboración del informe final												
Presentación y aprobación del informe final												

**16. - BIBLIOGRAFÍA**

**Brian F.** y A.T. Beck. Tratamiento de la depresión con terapia cognitiva. En Manual de Terapia Racional Emotiva. (Ellis). Desclee de Brovwer S.A.1981.

**Bailón Blanco** y cols. La depresión. edit.Rialp.1991.

**Beck A.T.** y cols. Cognitive therapy of depression. Guilford Press. New York. 1979.



**CIE10.**Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS (1996)

## **17.- ANEXOS**

### **FECHA DE PRESENTACIÓN**

---

**Estudiante**

---

**Supervisor de investigación**

## **ANEXO B. GLOSARIO TÉCNICO**

1. Constreñido: Apretar u oprimir una parte del cuerpo
2. Contradicción: Afirmación de algo contrario a lo ya dicho o negación de lo que se da por cierto
3. Deficiente: Imperfecto, mal hecho
5. Evidencio: Certeza clara y manifiesta de una cosa, de tal forma que nadie puede dudar de ella ni negarla
6. Genesis: Serie de hechos y factores que intervienen en la formación de algo.
7. Halagüeño: Que promete cosas favorables.
8. Implícita: Que se entiende incluido en otra cosa sin expresarlo.
9. Improductividad: Que no produce fruto o resultado.
10. Incidencia: Lo que sucede en el curso de un asunto o negocio y tiene relación con ello.
11. Intergeneracional:
12. Irrelevante: Que carece de relevancia o importancia.
13. Monoparentales
14. multidimensional: Que tiene varias dimensiones.
15. Paradójico: Que incluye paradoja o que usa de ella.
16. Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material, captación realizada a través de los sentidos.
17. Perviva: Seguir viviendo, continuar, permanecer.
18. Proclives: Propenso o inclinado hacia lo que se considera negativo.
19. Recurrente: Que vuelve a ocurrir o aparecer, especialmente después de un intervalo.
20. Residuales: Del residuo o relativo a él.
21. Reversibilidad: Capacidad para volver a un estado o condición anterior.
22. Sistemáticos: Que sigue o se ajusta a un sistema.
23. Susceptibles: Capaz de recibir el efecto o acción que se indica.

## ANEXO C. INSTRUMENTOS

### A.1 Test de Beck

#### ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque en cada bloque una sola X delante de la frase que mejor refleje su situación actual.

- 1 -

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- + No me encuentro triste
- + Me siento algo triste y deprimido/a
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

- 2 -

- Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- + No soy especialmente pesimista ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

- 3 -

- He fracasado totalmente como persona (como padre / madre, hijo/a, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- + Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado/a
- Veo mi vida llena de fracasos

- 4 -

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho/a conmigo mismo/a
- + Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho/a
- Estoy harto / a de todo

- 5 -

- + A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso/a, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

- 6 -

- + Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado/a
- No pienso que esté siendo castigado/a
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

- 7 -

- + Estoy descontento/a conmigo mismo/a
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado/a de mí
- Estoy satisfecho/a de mí mismo

- 8 -

- No creo ser peor que otros/as
- Me acuso a mí mismo/a de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- + Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

- 9 -

- + Tengo pensamientos de hacerme daño pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto/a
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

- 10 -

- + No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriendo
- Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

- 11 -

- + No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado/a todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

- 12 -

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- + Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

- 13 -

- + Ahora estoy inseguro de mí mismo/a y procuro evitar el tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

- 14 -

- Estoy preocupado/a porque me veo más viejo/a y desmejorado/a
- Me siento feo y repulsivo/a
- + No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo/a)

- 15 -

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- + No trabajo tan bien como lo hacía antes

- 16 -

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado/a por la mañana
- Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo una o dos horas en dormirme por la noche
- + Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas
- Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas
- No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas

- 17 -

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- + No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

- 18 -

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- + Tengo el mismo apetito de siempre

- 19 -

- + No he perdido peso últimamente
- He perdido más de cinco libras
- He perdido más de diez libras
- He perdido más de quince libras

- 20 -

- Estoy tan preocupado/a por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado/a por dolores y trastornos
- + No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

- 21 -

- Estoy menos interesado/a por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído/a sexualmente
- + No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo
- Ahora me siento más atraído/a por el sexo que antes

# **GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

## **A. ¿Cómo Puntuar cada Ítem?**

BLOQUES	A	B	C	D	E	F			
1. Estado de Ánimo (Humor)	2	0	1	3	2				
2. Pesimismo (Visión oscura del Futuro)	1	2	0	2	3				
3. Sentimiento de Fracaso	3	1	2	0	2				
4. Insatisfacción	2	1	1	0	3				
5. Culpa	1	2	2	3	0				
6. Sentimiento de Castigo (Castigo Percibido)	1	3	0	2	3				
7. Rechazo (Odio a sí mismo)	1	2	2	0					
8. Auto acusación	0	2	3	2	1				
9. Impulsos Suicidas	1	2	2	3	2	0			
10. Llanto	0	3	2	1					
11. Irritabilidad	0	1	2	3					
12. Aislamiento Social	3	1	0	2					
13. Indecisión	1	0	3	2					
14. Imagen Corporal	1	3	0	2					
15. Capacidad Laboral	0	1	3	2	1				
16. Problemas de Sueño	0	1	2	2	2	3	3	3	
17. Cansancio Típico	1	2	0	3					
18. Pérdida de Apetito	3	1	2	0					
19. Pérdida de Peso (no patognomónico)	0	1	2	3					
20. Hipocondría	2	1	0	3					
21. Apetito Sexual	1	3	2	0	0				

## **B. ¿Cómo Interpretar la Puntuación?**

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN	INDICACIONES
1 – 10	Ausencia de Depresión o Depresión Leve	Tratamiento No Necesario
11 – 17	Depresión Media a Moderada.	Tratamiento Deseable
*18 – 29	Depresión Severa	Tratamiento Necesario
30 o más	Depresión Muy Grave	Tratamiento Urgente

## ANEXO D. TEST ROSEMBERG

### *La Escala de Autoestima de Rosenberg*

*Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. COMIENZA EL TEST:*

**Nombre:**

**Edad:**

**Estado civil:**

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

## **C.1 Cuestionario de Adaptación sobre Comunicación Familiar**

### **Cuestionario de Comunicación Adaptado para fines de Investigación**

#### **¿Te comunicas bien?**

Califica cada una de las frases que aparecen a continuación con las siguientes numeraciones:

- 1: No muy exacta
- 2: Ligeramente exacta
- 3: Generalmente exacta
- 4: Muy exacta

**Nombre:**

**Edad:**

**Estado civil:**

1. Yo sí sé escuchar. Estoy siempre atento y en actitud receptiva.....
2. Cuando me encuentro con alguien por primera vez, trato de dar una buena impresión.....
3. Cuando hablo, lo hago oportunamente y me expreso de forma correcta. Mis palabras tienen un efecto notorio sobre los demás. ....
4. Me encuentro animado al hablar. Mi lenguaje corporal es rico.....
5. Empleo la modulación y el volumen de voz para reforzar lo que digo.....
6. Cuando participo en una conversación siempre trato de ser amable.....
7. Hasta la fecha, mis técnicas de comunicación interpersonal son la clave de mi éxito.....
8. Comprendo la importancia que tiene el dominio de mí mismo y siempre lo práctico.....
9. Interactúo bien con la gente porque entiendo todos los elementos implicados en la conversación.....
10. Siempre cuido lo que digo porque sé que hasta las paredes tienen oídos.....
11. En muy pocas ocasiones hablo acerca de una información o la revelo si considero que puede ser delicada.....
12. Puedo permanecer en silencio a propósito, pues ejerzo un excelente control sobre cada palabra que pronuncio.....
13. Ejercicio control sobre lo que digo, incluso después de beber algunas copas.....
14. Siempre me siento obligado a confesarlo todo para desahogarme.....
15. Confío poco en los demás.....
16. Soy capaz de guardar un secreto.....
17. Muy pocas veces me siento impulsado a cometer una indiscreción.....



18. Creo que las filtraciones de información en una empresa son graves y negativas.....
19. A menudo doy, inconscientemente, claves ocultas en mi conversación.....
20. Nunca participo en altercados o discusiones.....
21. El control que ejerzo sobre lo que digo es algo que sale natural de mí.....
22. Siento que me comporto muy bien en la mayoría de las conversaciones.....
23. No reacciono emocionalmente cuando me siento atrapado o me provocan.....
24. Entiendo mis sentimientos recónditos y sé por qué digo ciertas cosas.....
25. Sé cuándo es mejor guardar silencio.....
26. Me cuesta mucho trabajo guardar para mí mismo la información importante que se me confía.....
27. Casi nunca empleo palabras malsonantes en un ambiente social o laboral.....
28. Sé escuchar a los demás pero con frecuencia no presto atención a lo que me dicen.....
29. Sé cuándo debo dejar de hablar a los demás.....
30. Soy muy eficaz cuando se trata de persuadir a las personas de que comprendan mi punto de vista o de que hagan lo que yo deseo.....
31. A pesar de que me gustaría ser franco, creo que no podría sobrevivir si digo siempre la verdad, así que miento de vez en cuando.....

## C.1 Cuestionario de Adaptación sobre Relación Familiar.

### Cuestionario Psicológico Adaptado para fines de Investigación.

#### Como es tu Familia?

- A. Todas tus respuestas son absolutamente confidenciales.
- B. Todas las preguntas deben ser respondidas.
- C. Si cambias de opinión en alguna respuesta, borra bien la respuesta inicial y anota tu nueva respuesta.

#### Información inicial

- 1. Nombre:
- 2. ¿Cuántos años tienes?
- 3. Incluyéndote a ti, ¿Cuántas personas viven en tu casa?
- 4. ¿Cuántos hermanos tienes?

#### Factor 1: Comunicación-conexión con la padre

En nuestra familia	Nunca	Muy rara ves	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
5. Mi padre dedica tiempo, cada día para hablar con los hijos	0	1	2	3	4
6. Me satisface como conversamos con mi padre	0	1	2	3	4
7. Me es fácil expresar mis sentimientos a mi padre	0	1	2	3	4
8. Mi padre me entiende	0	1	2	3	4
9. Si yo estoy en dificultades le puedo contar a mi padre	0	1	2	3	4

#### Factor 2: Comunicación –conexión con la madre.

En nuestra familia	Nunca	Muy rara ves	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
10. Mi madre dedica tiempo, cada día para hablar con los hijos	0	1	2	3	4
11. Me satisface como conversamos con mi madre	0	1	2	3	4
12. Me es fácil expresar mis sentimientos a mi madre	0	1	2	3	4
13. Mi madre me entiende	0	1	2	3	4
14. Si yo estoy en dificultades le puedo contar a mi madre	0	1	2	3	4

**Factor 3: Comunicación –conexión con la Familia Nuclear**

	<b>Nunca</b>	<b>Muy rara ves</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>15. Compartimos en familia alguna comida cada día</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>16. Hacemos algo como familia, por lo menos una vez a la semana</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>17. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>18. Nos turnamos las tareas y responsabilidades</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>19. Compartimos con parientes cercanos los eventos importantes</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>20. Me satisface la relación con mis parientes</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Factor 4: Comunicación –conexión conyugal.**

<b>En nuestra familia</b>	<b>Nunca</b>	<b>Muy rara ves</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
21. Dedico tiempo, cada día para hablar con mi pareja	0	1	2	3	4
22. Me satisface como conversamos con mi pareja	0	1	2	3	4
23. Me es fácil expresar mis sentimientos a mi pareja	0	1	2	3	4
24. Mi pareja me entiende	0	1	2	3	4
25. Si yo estoy en dificultades le puedo contar a mi pareja	0	1	2	3	4

Muchas gracias por tu colaboración.

## **TABLA DE CUADROS**

Tabla 1 Edad de la población investigada .....	100
Tabla 2. El género .....	101
Tabla 3. Estado civil .....	102
Tabla 4. Evaluación, BECK .....	103
Tabla 5. Relaciones familiares.....	104
Tabla 6. Comunicación .....	105
Tabla 7 El autoestima.....	106
Tabla 8. Pruebas de Chi-Cuadrado .....	108
Tabla 9. Pruebas de Chi-Cuadrado .....	109
Tabla 10. Pruebas de Chi-Cuadrado .....	110

## **TABLA DE GRAFICOS**

Gráfico 1 Edad de la población investigada .....	100
Grafico 2. El género .....	101
Grafico 3. Estado civil .....	102
Grafico 4. Evaluación, BECK .....	103
Grafico 5. Relaciones familiares.....	104
Grafico 6. Comunicación .....	105
Grafico 7. El autoestima.....	106